

NEUE WEGE ZUR SUIZIDRISIKOEINSCHÄTZUNG UND DIE BEDEUTUNG DER THERAPEUTISCHEN ALLIANZ IN DER ASSIP-BEHANDLUNG

Abhandlung (kumulative Dissertation)
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von
Mariann Ring

Angenommen im Herbstsemester 2018 auf Antrag von
Prof. Dr. Dr. Andreas Maerker und PD Dr. Vladeta Ajdacic-Gross

Zürich, 2018

DANKSAGUNG

Mein spezieller Dank geht an Prof. Dr. Dr. Andreas Maerker für die Möglichkeit diese Dissertation zu schreiben und an PD Dr. Vladeta Ajdacic-Gross für seine anregenden Diskussionen und engagierte und stetige Unterstützung als Mentor im Bereich Suizidalität und wissenschaftliches Arbeiten.

Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei Dr. phil. Anja Gysin-Maillart und Prof. Dr. Konrad Michel für die Bereitschaft mir den Datensatz ihrer ASSIP Studie zur Verfügung zu stellen und ihr entgegengebrachtes Vertrauen und ihre Mithilfe.

Ohne die Bereitschaft der Patienten zur Studienteilnahme wäre die Validierung von PRISM-S und die Datenerhebung von ASSIP nicht möglich gewesen, ihnen gilt daher ein besonderes Dankeschön.

Danken möchte ich auch allen Kolleginnen und Kollegen, welche mitgeholfen haben die PRISM-S Studie zu ermöglichen und dem interdisziplinären Behandlungsteam vom Kriseninterventionszentrum Winterthur für die sorgfältige Datenerhebung und die gute Zusammenarbeit.

Ich danke allen Co-Autoren für ihren Beitrag in den Artikeln, ihre vielen wertvollen Inputs und sehr bereichernden Gespräche.

Und nicht zuletzt danke ich auch von Herzen meinen Eltern, meinen Kindern und meinen Freunden, die mich während der gesamten Zeit durch ihre unerschöpfliche Geduld und liebevollen Ermutigungen begleitet haben.

SELBSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Die zur Promotion eingereichten wissenschaftlichen Publikationen wurden in Zusammenarbeit mit den jeweils aufgeführten Koautoren verfasst. Es handelt sich dabei um drei Originalarbeiten, wobei der erstgenannte Artikel bereits in einer wissenschaftlichen Zeitschrift publiziert wurde, während die zwei letzaufgeführten Artikel eingereicht sind und sich derzeit im Review-Prozess befinden. Die Arbeiten wurden als Ganzes oder in Teilen weder von den beteiligten Autoren noch von anderen Personen an anderer Stelle veröffentlicht.

Im Rahmen der vorliegenden kumulativen Dissertation wurden folgende Artikel bei Zeitschriften zur Veröffentlichung eingereicht. Kopien befinden sich im Anhang A -1 bis A - 3:

- Artikel 1:** Validierung des Suizidalitätseinschätzungsinstrumentes PRISM-S (Pictoral Representation of Illness Self Measure – Suicidality). *Neuropsychiatrie*, 2014; 28(4): 192-197
Ring, M., Harbauer, G., Haas, S., Schuetz, C., Andreae, A., Maercker, A., & Ajdacic-Gross, V. (2014).
- Artikel 2:** Patients' satisfaction with the therapeutic relationship and the therapeutic success are related to suicide ideation in the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP).
Crisis, im Review
Ring, M., & Gysin-Maillart, A.
- Artikel 3:** The association between therapeutic alliance and individuals' wish to die or live.
Acta Psychiatrica Scandinavica, im Review
Ring, M., Walther, S., & Gysin-Maillart, A.

Zürich, im Juli 2018

Mariann Ring

ZUSAMMENFASSUNG

Suizidales Verhalten, insbesondere Suizid- und Suizidversuchsraten, haben sich auch in den letzten Jahren nicht massgeblich reduziert, in gewissen Ländern sind sie sogar wieder gestiegen. Die vielen Erkenntnisse aus zahlreichen Studien zu dieser Thematik brachten eine Reihe von Risikofaktoren hervor und Risikogruppen wurden bestimmt. Derzeit existieren eine grosse Anzahl von validen Fragebögen für die Einschätzung der Suizidalität und des Suizidrisikos. Der klinische Alltag hat gezeigt, dass es valide Messinstrumente braucht, die anwenderfreundlich und kostensparend sind, damit sie in der Praxis zum Einsatz kommen. Zur Verbesserung der Behandlung und der Suizidprävention ist zudem mehr Wissen darüber, was genau in der suizidalen Person vor sich geht, und über Wirkfaktoren gefordert.

Die vorliegende kumulative Dissertation untersucht einerseits einen neuen Ansatz zur Suizidrisikoeinschätzung (Studie 1) und andererseits wird die therapeutische Allianz mit ihren zwei Untergruppen Patientenzufriedenheit mit therapeutischer Beziehung und mit Therapieerfolg, sowie deren Zusammenhänge untersucht und, in einem weiteren Schritt, deren Bezug zur Suizidalität und dem Konzept „innere suizidale Debatte“ (Kovacs & Beck, 1977) erkundet (Studie 2 und 3).

Die Daten der ersten Studie gründen auf der PRISM-S Studie (Ring et al., 2014), welche im Kriseninterventionszentrum Winterthur mit konsekutiv eintretenden Patienten durchgeführt wurde. Studie zwei und drei basieren auf Daten der Attempted Short Intervention Program (ASSIP) Studie (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert, & Michel, 2016), einer randomisierten kontrollierten Studie mit Patienten nach einem Suizidversuch, welche im Rahmen der Allgemeinen Sprechstunde der Poliklinik der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern durchgeführt wurde.

In Studie 1 konnte gezeigt werden, dass PRISM-S ein valides Instrument ist, um die Suizidalität eines Patienten zu überprüfen. Es zeigte sich zudem, dass PRISM-S einfach und schnell im klinischen Alltag angewendet werden konnte und dass gerade die qualitativen

Fragen nach der subjektiven Bedeutung der gelegten Suizidalitätsscheibe sich für den Therapeuten, aber auch für den Patienten als unkomplizierter Zugang zur Thematik Suizidalität heraus stellte. Ergebnisse der Studie 2 zeigten, dass nach anfänglichen gleichen Beurteilungen, nach 6 Monaten die Patienten der ASSIP Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ihre Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung und besonders die Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg deutlich besser bewerteten. Zudem konnte aufgezeigt werden, dass nicht nur die therapeutische Allianz in der Behandlung von suizidalen Menschen ein wichtiger Wirkfaktor bei Suizidalität ist (Gysin-Maillart et al., 2016), sondern dass die Patientenzufriedenheit mit therapeutischer Beziehung und die Zufriedenheit mit Therapieerfolg gerade auch in Bezug auf Suizidalität unterschiedlich wichtige Rollen spielen. Befunde zeigten, dass eine hohe Patientenzufriedenheit mit Therapieerfolg im Zeitverlauf mit einer niedrigen oder nicht vorhandener Suizidalität signifikant im Zusammenhang stand, während dies bei der Patientenzufriedenheit mit therapeutischer Beziehung nicht der Fall war. Studie 3 gibt Hinweise dafür, dass die therapeutische Allianz und die Patientenzufriedenheit mit Beziehung und Therapieerfolg - bei gleichen Werten nach der 1. Sitzung - im Verlauf über 24 Monate einen unterschiedlichen Stellenwert einnahmen in Bezug zum inneren gedanklichen Abwägen zwischen dem Wunsch zu sterben und dem Wunsch zu leben (innere suizidale Debatte). Des Weiteren waren innere suizidale Debatte - Werte hoch mit Suizidalität assoziiert.

Diese Befunde können dazu beitragen, dass das Suizidrisiko im klinischen Alltag erkannt und eine rechtzeitige, wirksame Behandlung eingeleitet werden kann.

Zum Erleichtern der Lesbarkeit, wird die männliche Schreibweise verwendet; Frauen sind selbstverständlich stets mit gemeint.

INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG	II
SELBSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	III
ZUSAMMENFASSUNG	IV
INHALTSVERZEICHNIS	1
1. ALLGEMEINE EINLEITUNG	2
2. THEORETISCHER HINTERGRUND	4
2.1 Definitionen	4
2.2 Erklärungsansätze	4
2.3 Klinische Suizidforschung und ihre Bedeutung	7
3. ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN	8
3.1 Studie 1: Validierung des Suizidalitätseinschätzungsinstrumentes PRISM-S (Pictoral Representation of Illness Self Measure – Suicidality)	8
3.2 Studie 2: Patients' satisfaction with the therapeutic relationship and the therapeutic success are related to suicide ideation in the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)	8
3.3 Studie 3: The association between therapeutic alliance and individuals' wish to die or live	9
4. METHODEN	10
4.1 Studie 1: Setting, Stichprobe, Untersuchungsinstrumente	10
4.2 Studie 2 und 3: ASSIP, Setting, Stichprobe, Untersuchungsinstrumente	12
5. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	16
5.1 Ergebnisse der Studie 1	16
5.2 Ergebnisse der Studie 2	16
5.3 Ergebnisse der Studie 3	17
6. DISKUSSION	18
6.1 Diskussion der Studie 1	18
6.2 Diskussion der Studie 2 und 3	19
7. ALLGEMEINE SCHLUSSFOLGERUNGEN	21
8. LITERATURVERZEICHNIS	22
9. ANHANGSVERZEICHNIS	28

1. ALLGEMEINE EINLEITUNG

Suizide führen zu rund 780'000 Toten im Jahr weltweit und Suizid ist die zweithäufigste Todesursache in der Altersgruppe der 15 - 29-Jährigen (World Health Organization [WHO], 2017). Die Zahl der Suizidversuche liegt zehn- bis zwanzig Mal höher (Wasserman, 2001). In der Schweiz suizidieren sich pro Jahr knapp 1000 Personen (ohne nicht-assistierte Suizide). Sie liegt damit knapp über dem weltweiten Durchschnitt, bewegt sich jedoch im europäischen Vergleich um den Mittelwert herum (Bundesamt für Statistik [BFS], 2014). Bei den Suizidversuchen geht man bei Schätzungen schweizweit von 15'000 - 25'000 Versuchen jährlich aus und davon, dass knapp 10% der Bevölkerung einen oder mehrere Suizidversuche im Leben unternimmt (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2015). Die Dunkelziffer ist jedoch gross, da nur die Personen erfasst werden können, welche sich nach einem Suizidversuch in eine entsprechende medizinische Behandlung begeben (Reisch, et al., 2011). Diese Statistiken zeigen zudem auf, dass Suizide und Suizidversuche nicht nur in Randgruppen, sondern in allen Bevölkerungsschichten vorhanden sind. Der Handlungsbedarf bei der Verbesserung der Einschätzung von Suizidalität und bei der Erforschung von effektiven Behandlungsmassnahmen zur Reduktion des Suizidrisikos drängt sich daher auf. Aufgrund der Tatsache, dass ein in der Lebensgeschichte erfolgreicher Suizidversuch der größte Risikofaktor für einen späteren Suizidversuch oder vollendeten Suizid darstellt (Christiansen & Jensen, 2007; Runeson, 2002; WHO, 2014) ist der Entwicklung von Therapieangeboten für diese Gruppe besondere Priorität zukommen zu lassen.

Die Frage nach validen Verfahren zur Einschätzung und Früherkennung von Suizidrisikopersonen und insbesondere nach der Integration eines solchen Verfahrens in die Praxis stellt sich als eine grosse Herausforderung dar. Die klinische Praxis zeigt, dass es eine ganze Reihe von validen Fragebogen zur Suizidalitätseinschätzung gibt. Die Fragebogen sind jedoch oft sehr komplex, zeit- und damit auch sehr kostenintensiv, zudem erfassen sie durch das starre Fragemuster die individuellen Bedeutungszuschreibungen von

Symptomen, Erlebnissen oder kritischen Lebensereignissen nur bedingt oder gar nicht. Ihr Einsatz im klinischen Alltag gestaltet sich aus diesen Gründen recht schwierig, wenn nicht gar unmöglich.

Der suizidgefährdete Mensch braucht eine spezielle Art der Kommunikation und spezielle Angebote, um über seine Gedanken, Gefühle und Handlungsabsichten sprechen zu können. In nur 22% der Fälle wurde in der letzten Konsultation vor dem Suizid die Suizidalität angesprochen (Isometsä, Marttunen, & Lonnqvist, 1995), während Lizardi und Stanley (2010) in ihrer Metastudie das Hauptproblem in der Therapie von suizidalen Menschen bei der Verbindlichkeit und der Therapiemotivation der Patienten sahen. Die Kommunikation und Beziehung zwischen Helfer und suizidgefährdeten Menschen sind daher von zentraler Bedeutung für eine adäquate Suizidrisikoeinschätzung und Therapie.

In den hier dargestellten Studien wurde daher untersucht, ob die Visualisierungsmethode PRISM (Pictorial Representation of Illness Self Measure) (Büchi et al., 2002) die subjektiv wahrgenommene Suizidalität valide messen kann (Studie 1) und welche Rolle die therapeutische Allianz und die Patientenzufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg im ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) in Bezug auf Suizidalität und die innere suizidale Debatte (Studie 2 und 3) einnimmt.

Im folgenden Kapitel wird der theoretische Hintergrund zu Suizidalität und zur Behandlung von Patienten nach einem Suizidversuch beschrieben. Das dritte Kapitel stellt die Fragestellungen und Ziele der drei Studien, die dieser Arbeit zugrunde liegen, dar. Die verwendeten Methoden, Stichproben und Instrumente werden im Kapitel 4 beschrieben. Im fünften werden die Ergebnisse der einzelnen Studien dargelegt und in der allgemeinen Diskussion im Kapitel 6 werden sie in einem grösseren Rahmen integriert und diskutiert. Die gewonnenen Erkenntnisse und Schlussfolgerungen werden im siebten Kapitel dargestellt.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 Definitionen

Suizid ist die „absichtliche Selbstschädigung mit tödlichem Ausgang“ (WHO, 2016). Der Tod kann durch beabsichtigtes Handeln (z. B. Erschiessen, Erhängen) oder absichtliches Unterlassen (z. B. keine Nahrung oder Flüssigkeit, oder keine Einnahme von lebenswichtigen Medikamenten) herbeigeführt werden. Die Begriffe Selbstmord und Freitod werden in der Fachwelt nicht mehr verwendet, da der Suizid keine kriminelle Handlung wie ein Mord ist und ein Suizid nur ganz selten ‚frei‘, bei klarem Bewusstsein und nach reiflicher Überlegung erfolgt (Gysin-Maillart & Michel, 2013).

Suizidversuch wird von der WHO (1986) als „Handlung mit nicht tödlichem Ausgang bezeichnet, bei der ein Individuum ein nicht habituelles Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Seite eine Selbstschädigung bewirken würde, oder bei der es absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im Allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht, und die zum Ziel hat, durch die aktuellen oder erwarteten Folgen Veränderungen zu bewirken“.

Suizidalität meint „die Summe aller Denk-, Verhaltens- und Erlebensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handeln-Lassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf, 2000).

2.2 Erklärungsansätze

Wie genau es zu suizidalem Verhalten kommt ist bislang noch unklar. In Forschung und Therapie wird aber übereinstimmend davon ausgegangen, dass sowohl medizinische, biologische, soziokulturelle und psychische Faktoren in wechselseitiger Abhängigkeit zueinanderstehen.

Im *medizinischen* Ansatz werden psychische Erkrankungen als Ursache für Suizid und Suizidversuche angesehen. Wissenschaftliche Ergebnisse begründen diesen Ansatz, da bei über 90% der Suizidenten eine oder mehrere Symptome einer psychischen Erkrankung vorlagen, wobei die affektiven Störungen am häufigsten vertreten waren. Psychiatrische Diagnosen bilden tatsächlich einen wesentlichen Risikofaktor für Suizide. (Arsenault-Lapierre, Kim, & Turecki, 2004; Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Hawton, 2000; Lönngqvist, 2009).

Beim *biologischen* Ansatz stand schon bei Asberg, Träskman und Thorén (1976) die Suche nach einem biologischen Marker für suizidales Verhalten im Vordergrund. Er konnte in seinen Forschungsarbeiten einen Zusammenhang vom Serotonin-Stoffwechsel im Hirn mit suizidalem Verhalten nachweisen. Auch heute werden vor allem Veränderungen im Stress-System, insbesondere in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse), mit Depression und Suizid in Verbindung gebracht (Blasco-Fontecilla & Oquendo, 2016; Coryell & Schlesser, 2001; 2007).

Eine familiäre Häufung von Suiziden ist gut bekannt. Wie weit eine genetische Veranlagung vorliegt wurde in Zwillings- und Adoptionsstudien untersucht. Ergebnisse zeigten, dass die biologische Elternschaft ausschlaggebender für suizidale Entwicklungen war als das Lebensmilieu. (Schulsinger, Kety, Rosenthal, & Wender, 1979; Wender et al., 1986). Heute geht man nicht mehr von einem direkten Zusammenhang zwischen Genen und Suizidrisiko aus, da die genetische Ausstattung im Zusammenspiel mit Lebenserfahrungen verstanden werden muss (Bronisch, 2014; Ernst, Mechawar, & Turecki, 2009).

Der *soziokulturelle* Ansatz bestätigt durch epidemiologische Studien, dass kulturelle und gesellschaftliche Faktoren sich auf das Suizidverhalten direkt auswirken. Suizidraten variieren je nach Land und auch die Verfügbarkeit von Suizidmethoden spielt eine entscheidende Rolle. So ist in Ländern wie zum Beispiel der Schweiz nachweislich ein

Zusammenhang zwischen Haushalten mit Schusswaffen und der Häufigkeit der Schusswaffensuizide feststellbar (Ajdacic-Gross et al., 2008; 2010; BAG, 2015).

Der *psychologische* Ansatz umfasst verschiedenste Modelle innerpsychischer Entwicklungen, die zu suizidalem Verhalten und Suizid führen.

Der Psychoanalytiker Freud (1917) setzte sich in seiner Arbeit „Trauer und Melancholie“ mit der Entstehung von suizidalem Verhalten auseinander. Er sah die Depression und suizidales Verhalten als Aggression, die nicht nach aussen gerichtet werden konnte und somit gegen das eigene Ich gewandt wird, als Ausdruck von Schuldgefühlen, Selbstentwertung und die in letzter Konsequenz zum Suizid führt. Henseler (1974) beschrieb die suizidale Krise als Selbstwertkrise. Der Mensch in der Krise wird durch Einflüsse seiner Umwelt tiefgreifend gekränkt, was zu extremen Verlassenheits- und Ohnmachtsgefühlen führt. Phantasien von Ruhe und Geborgenheit werden eingesetzt, um sich gegen die narzisstische Katastrophe zu wehren. Suizid wird als Lösungsversuch eines inneren Konflikts verstanden.

Der kognitive-verhaltenstherapeutische Ansatz sieht suizidales Verhalten als ein dysfunktionales Denkschema, wo der Suizid als einzige Lösung wahrgenommen wird, um den Zustand von gefühlter Hoffnungslosigkeit zu verändern (Bronisch, 2014). Interpretationen von persönlichen Erfahrungen spielen eine zentrale Rolle. Wenn dysfunktionale Kognitionen basierend auf lebensgeschichtlich erworbenen Schemata durch spezifische innere oder äussere Trigger ausgelöst werden, bildet sich über Zeit hinweg ein kognitiv-emotional-vegetativ-behaviorales Reaktionsmuster. Rudd (2000) spricht hier vom suizidalen Modus - ein „off-on“ Zustand von Suizidalität. Das Erlernen von Skills für den Umgang mit typischen Auslösesituationen wird in der Therapie erarbeitet.

Beim handlungstheoretischen Ansatz werden Handlungen als bewusste oder unbewusste zielorientierte Aktion betrachtet. Sie entstehen zuerst als Gedanke, dann als

Plan und werden oft durch äussere Ereignisse ausgelöst und in die Tat umgesetzt. Der Suizid kann somit als eine zielgerichtete Handlung betrachtet werden, die ein unerträgliches Erleben von seelischem Schmerz oder unerträglichen Gedanken beenden will (Michel & Valach, 1997; Valach, Young, & Michel, 2010).

2.3 Suizidforschung und ihre Bedeutung

Die Suizidforschung ist kein Nischen-Forschungsgebiet mehr, dies wird deutlich an der grossen Anzahl von Publikationen und Fachliteratur zu dieser Thematik der letzten Jahre. Die Komplexität von suizidalem Verhalten wurde durch Forschungsergebnisse aufgezeigt (Large et al., 2011; Ribeiro et al., 2018) und das Zusammenspiel von biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Faktoren wird in Fachkreisen nicht länger in Frage gestellt. Epidemiologische Studien haben eine Vielzahl von Risiko- und protektiven Faktoren in der Allgemeinbevölkerung aufgedeckt und Risikogruppen wurden erkannt. Es zeigt sich aber, dass sich die Raten von suizidalem Verhalten, insbesondere Suizide und Suizidversuche, trotz diesen Erkenntnissen nicht entscheidend reduziert haben.

Weitere Forschung sowohl auf der Ebene der Diagnostik als auch auf derjenigen der Behandlungsmassnahmen ist gefragt. In der Einschätzung von Suizidalität braucht es nicht nur valide, sondern vor allem auch anwendungsfreundliche und zeit- und kostensparende Messinstrumente. Zur Verbesserung der Behandlung und der Suizidprävention ist zudem mehr Wissen über Wirkfaktoren gefordert.

3. ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN

Angesichts der vorangegangenen Überlegungen wurden in dieser Dissertationsarbeit die zwei folgenden Aspekte vertiefter untersucht: erstens wurde mit einer neuartigen Visualisierungsmethode dem PRISM (Büchi et al., 2002) getestet, ob diese auch Suizidalität valide messen kann, zweitens wurde die Rolle der therapeutischen Allianz und die Patientenzufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg im ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) in Bezug auf Suizidalität und innerer suizidaler Debatte erkundet.

Die Fragestellungen der drei Studien im Einzelnen:

3.1 Studie 1: Validierung des Suizidalitätseinschätzungsinstrumentes PRISM-S (Pictorial Representation of Illness Self Measure – Suicidality)

In der ersten Studie (Ring et al., 2014) wurde geprüft, ob der visuelle und taktile Ansatz des PRISM (Büchi et al., 2002), welches zur Messung des subjektiven Leidensdruckes bei einer somatischen Erkrankung entwickelt wurde, auch die subjektiv wahrgenommene Suizidalität (PRISM-S) valide messen kann. Dabei ging es konkret darum, ein valides, schnell auszuführendes und daher im klinischen Alltag einfach anwendbares Suizidalitätseinschätzungsinstrument zur Verfügung stellen zu können. Die Validität des PRISM-S wurde anhand der Beck Scale for Suicide Ideation (BSS; Beck & Steer, 1991; Wagner & Maercker, 2008) und der Depressive Symptom Inventory - Suicidality Subscale (DSI-SS; Joiner, Pfaff, & Acres, 2002) überprüft.

3.2 Studie 2: Patients' satisfaction with the therapeutic relationship and the therapeutic success are related to suicide ideation in the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)

Die zweite Studie (Ring & Gysin-Maillart, 2018) untersuchte die therapeutische Allianz, welche in einer klinischen Studie von Gysin-Maillart et al. (2016) im ASSIP im Bezug zu

Suizidalität untersucht wurde, differenzierter, indem die Subskalen: Patientenzufriedenheit mit therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg vom The Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II; Alexander & Luborsky, 1986; Bassler, Potratz, & Krauthauser, 1995) benutzt wurden, um ein vertieftes Verständnis zu erhalten, welche Rolle diese beiden Aspekte im ASSIP und im Verlauf der Suizidalität der Teilnehmer einnehmen.

3.3 Studie 3: The association between therapeutic alliance and individuals' wish to die or live. In Studie 3 (Ring, Walther & Gysin-Maillart, 2018) wurde in Anlehnung an Kovacs & Beck (1977), Brown, Steer, Hendriques und Beck (2004) und O'Connor et al. (2012) die innere suizidale Debatte zwischen dem Wunsch zu sterben und dem Wunsch zu leben mittels dem Internal Struggle (IS) score (SSF-II; Jobes, 2006) berechnet. Die Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Allianz, der Patientenzufriedenheit mit therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg und der inneren suizidalen Debatte wurden untersucht. In einem weiteren Schritt wurde geprüft inwieweit die innere suizidale Debatte und Suizidalität assoziiert sind, um ein besseres Verständnis zu erlangen, was in einer suizidalen Person vorgeht.

4. METHODEN

4.1 Studie 1

Setting

Die Studie wurde im Zeitraum von November 2010 - Oktober 2011 im Kriseninterventionszentrum Winterthur (KIZ), welches Teil der Integrierten Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland ist, durchgeführt. Das KIZ ist 7 Tage/24 Stunden offen für Menschen in Krisen und verfügt über 14 Betten. Die Studie wurde von der Ethikkommission des Kantons Zürich bewilligt.

Stichprobe

Die Teilnehmer der Studie sind Menschen in Krisen, die konsekutiv zur freiwilligen, stationären Behandlung (durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 9.2 Tage) ins KIZ aufgenommen wurden. Ausgeschlossen wurden Personen mit mangelnden Deutschkenntnissen, oder Personen in akuten Krisensituationen mit Bewusstseinsminderung oder starken Erregungszuständen wo eine Durchführung nicht möglich war.

Untersuchungsinstrumente

Pictorial Representation of Illness Self Measure - PRISM (Büchi et. al., 2002)

Beim PRISM bzw. beim PRISM-S wird dem Patienten eine weisse DIN A4-Metallplatte präsentiert, die sein „Leben“ darstellt. In der rechten unteren Ecke der Platte hat es einen fixen gelben Punkt mit einem Durchmesser von 7cm, der sein „Ich“ repräsentiert. Eine schwarze, kreisförmige magnetische Scheibe von 5cm Durchmesser wird dem Patienten abgegeben, welche seinen „Wunsch, sich das Leben zu nehmen“ darstellt. In einem nächsten Schritt wird er aufgefordert, die schwarze Scheibe mit der Frage: *„Welchen Platz in Ihrem Leben nimmt zurzeit Ihr Wunsch ein, sich das Leben zu nehmen?“* zu platzieren. Die Distanz zwischen dem „Ich“ und der „Suizidalitätsscheibe“ wird Self-Suicidality-Separation (SSS; Gesamtwert: 0–250mm) genannt und ist das quantitative Mass des Testes, wobei

kleinere SSS-Distanzen eine höhere Suizidalität und ein höheres Suizidrisiko bedeuten. Zum Abschluss wird der Patient gefragt: „Was bedeutet dies für Sie? (..wenn Sie die „Wunsch sich das Leben zu nehmen – Scheibe“ an diesen Platz setzen.)“. Diese qualitativen Antworten geben weitere wichtige Informationen über das subjektive Empfinden und die persönliche suizidale Geschichte des Patienten, die direkt in die Suizidalitätseinschätzung einfließen.

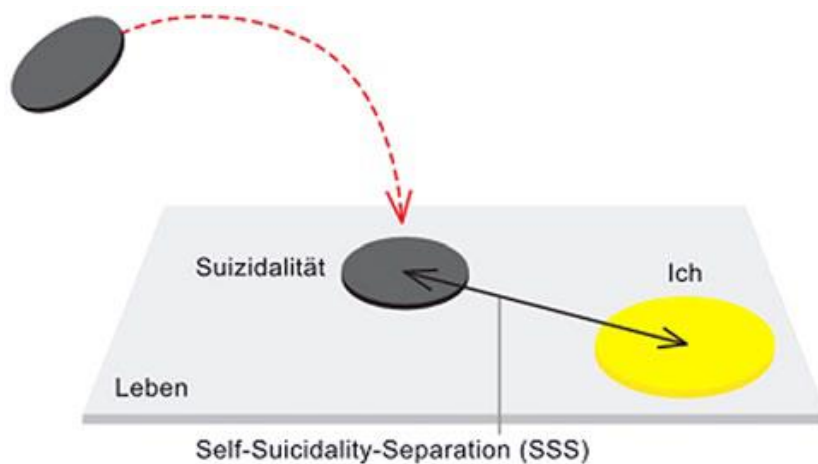


Abbildung 1: PRISM-S (Ring et al., 2014)

Beck Scale for Suicide Ideation - BSS (Beck & Steer, 1991; Wagner & Maercker, 2008)

Der BSS ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen mit 21 Fragen, die die Ausprägung von suizidalem Verlangen, Wünschen und Plänen der letzten sieben Tage erfasst. 5 Screening-Fragen verkürzen die Länge und die Zudringlichkeit der Fragen bei Personen, wo Suizidalität kein Thema ist. Jede Frage gibt drei Antwortmöglichkeiten, welche auf einer Skala von 0-2 bewertet werden. Frage 20 (Frühere Suizidversuche) und Frage 21 (Schweregrad des Suizidversuches) sind von der Gesamtwertung ausgeschlossen, werden aber bei allen Patienten gefragt. Der Gesamtwert reicht von 0-38 Punkte, wobei höhere Werte mit einer höheren Ausprägung der Suizidalität einhergehen.

Depressive Symptom Inventory - Suicidality Subscale - DSI-SS (Joiner et. al., 2002)

Der Selbsteinschätzungsfragebogen (DSI-SS) besteht aus 4 Items, die die Häufigkeit und Intensität von Suizidgedanken, Suizidplänen und Suizidimpulsen der letzten zwei Wochen erfragt. Jedes Item wird auf einer Skala von 0-3 bewertet. Der Gesamtwert reicht von 0–12.

4.2 Studie 2 und Studie 3

Alle Untersuchungen der Studie 2 und 3 verwendeten Daten von der Evaluationsstudie ASSIP, welche durch Gysin-Maillart et al. (2016) durchgeführt wurde.

Attempted Suicide Short Intervention Program - ASSIP (Gysin-Maillart & Michel, 2013)

ASSIP ist eine Kurztherapie für Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben. Sie besteht aus 3-4 Sitzungen und einem regelmässigen semi-standardisierten Briefkontakt über den Zeitraum von zwei Jahren. Idealerweise werden die Personen nach der ersten medizinischen und psychischen Stabilisierung zeitnah zum Suizidversuch dem ASSIP zugewiesen. Aspekte aus der Handlungs-, Bindungs- und kognitiven Verhaltenstherapie bilden die Grundlage von ASSIP (siehe auch Kapitel 2.2). Da Suizidalität keine Krankheit ist und nicht einfach wegtherapiert werden kann, steht sie jederzeit zur Verfügung als Lösung bei einem später erneut auftretenden unerträglichen seelischen Ausnahmezustand. Mittels eines handlungstheoretischen Zugangs werden gemeinsam die individuellen Hintergründe der suizidalen Geschichte der Person erarbeitet und eine Basis für eine frühe therapeutische Beziehung gelegt. In einem weiteren Schritt werden spezifische Warnzeichen suizidaler Krisen, persönliche Therapieziele, wie auch einen individualisierten Krisenplan bei Suizidgefahr gemeinsam erarbeitet. ASSIP ist als Ergänzung zu einer parallelen ambulanten, teilstationären oder stationären Therapie gedacht.

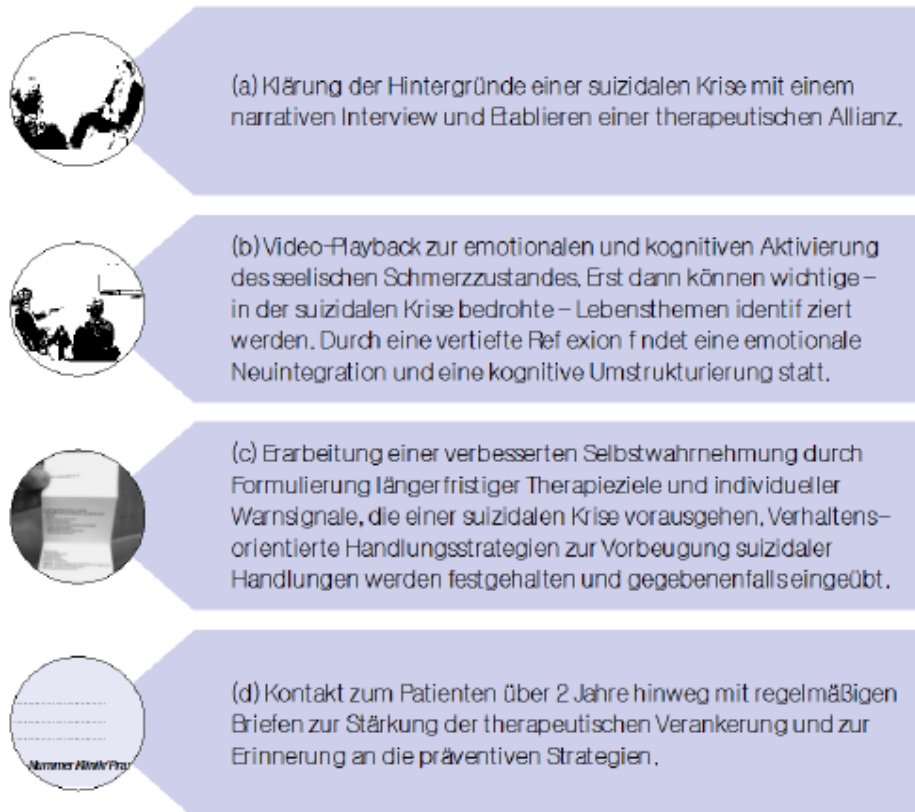


Abbildung 2: Elemente von ASSIP (Gysin-Maillart & Michel, 2013)

Setting

Die ASSIP Studie wurde innerhalb der Allgemeinen Sprechstunde der Poliklinik der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern durchgeführt. Patienten nach einem Suizidversuch, welche auf die Notfallstation des Universitätsspital Bern eingewiesen wurden, wurden während der routinemässigen Notfalluntersuchung durch den diensthabenden Assistenzarzt für Psychiatrie der UPD Bern, mit deren Einverständnis, dem ASSIP zugewiesen. Umliegende somatische Spitäler wurden über das Angebot von ASSIP und die Möglichkeit zur Teilnahme auch für ihre Patienten informiert. Über gut drei Jahre wurden 120 Personen in die Evaluationsstudie aufgenommen.

Stichprobe

Alle Patienten nach einem Suizidversuch, die im Rahmen der ASSIP Studie an der Kurztherapie ASSIP teilnahmen, wurden zufällig den zwei unterschiedlichen

Therapieangeboten (Behandlung wie üblich/Kontrollgruppe und Behandlung wie üblich und ASSIP/ASSIP Gruppe) zugeteilt. Die Teilnehmer kamen aus dem ambulanten, teilstationären und stationären Setting zum ASSIP in die Poliklinik. Ausschlusskriterien waren Patienten die nicht über genügend Deutschkenntnisse verfügten, da die ASSIP Unterlagen nur in Deutsch zur Verfügung standen, zudem Patienten mit wahnhaftem und psychotischem Erleben, oder Personen mit Wohnort ausserhalb des Einzugsgebietes der Poliklinik.

Untersuchungsinstrumente

Helping Alliance Questionnaire - HAq-II (Alexander & Luborsky, 1986; Bassler et. al., 1995)

Der HAq erfasst die Qualität der therapeutischen Beziehung. Er ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen mit 11 Items mit einer 6-Punkte Likert-Skalierung (1 = sehr unzutreffend bis 6 = sehr zutreffend). Neben der allgemeinen Summenskala, welche die therapeutische Allianz misst, wird zwischen zwei Typen der hilfreichen therapeutischen Allianz (zwei Subskalen) unterschieden. Die eine Subskala: HAq_R erfasst die „patientenseitige Beziehungszufriedenheit“ (Item: 1, 6, 7, 8, 9 und 10) und die andere Subskala: HAq_S die „patientenseitige Erfolgszufriedenheit“ (Item: 2, 3, 4, 5 und 11).

Suicide Status Form-II - SSF-II (Jobes, 2006)

Dies ist ein Selbsteinschätzungsinstrument, das der Patient gemeinsam mit der Fachperson bearbeitet. Ziel dabei ist ein gemeinsames Verständnis der Suizidalität des Patienten, welches mittels dem individuellen, gemeinsamen Zugang, dem „collaborative approach“ (Jobes, 2006) angestrebt wird. Die bewertungsfreie und empathische Haltung und die partnerschaftliche Vorgehensweise helfen beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung. Der SSF-II beinhaltet quantitative und qualitative Fragen. In Studie 3 wurde das folgende Element des SSF-II verwendet:

1. Die Wish to Live and Wish to Die scales — Internal Struggle (IS) between wish to die and wish to live (Innere suizidale Debatte)

Hier gibt der Patient auf zwei 8-Punkte Likert Skalen (1= überhaupt nicht ausgeprägt bis 8= sehr ausgeprägt) an wie hoch sein „Wunsch-zu-leben“ und sein „Wunsch-zu-sterben“ ist. Analog zu Kovacs & Beck (1977) und Brown et. al., (2005) wurde der inneren suizidalen Debatte Score (IS) berechnet, indem der „Wunsch zu sterben“ Wert vom „Wunsch zu leben“ Wert subtrahiert wurde. Diese Werte wurden analog zu O'Connor et al. (2012) trichotomisiert in die Gruppen: Wunsch zu leben (WTL), Ambivalenter Wunsch zu sterben oder leben (AMB) und Wunsch zu sterben (WTD).

Beck Scale for Suicide Ideation - BSS (Beck & Steer, 1991; Wagner & Maercker, 2008)

(Siehe Abschnitt: 4.1 Untersuchungsinstrumente).

5. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

5.1 Ergebnisse der Studie 1

In der ersten Studie wurde PRISM-S bei Patienten, die freiwillig zur stationären Behandlung ins Kriseninterventionszentrum Winterthur eintraten, validiert. Die Ergebnisse zeigten eine hohe Korrelation zwischen PRISM-S, dem BSS beziehungsweise dem DSI-SS. Die Auswertung der qualitativen Frage des PRISM-S zeigte deutlich, dass Patienten mit einer grossen - 105–250 mm - Self-Suicidality-Separation (SSS) sich auch verbal klar von Suizidgedanken distanzieren konnten (*passive Todeswünsche; kein Thema, „Kommt zur Zeit nicht in Frage, mir etwas an zu tun“, etc.*), während Patienten mit einer SSS von 0 einen starken Drang sich das Leben zu nehmen äusserten (*„Ich kann die Belastung nicht mehr aushalten“, „Für was das alles noch“, etc.*). Bei der Einteilung der Studienteilnehmer in Patienten, die die Scheibe in den „Ich“-Kreis (Im-Ich) legten und solche die sie ausserhalb des „Ich“-Kreises (Ausserhalb-Ich) platzierten, zeigten die Ergebnisse, dass die Patienten der „Im-Ich“ Gruppe deutlich mehr Suizidversuche in der Vergangenheit hatten wie Patienten aus der „Ausserhalb-Ich“ Gruppe, und einen grossen Drang sich zu suizidieren äusserten.

5.2 Ergebnisse der Studie 2

In dieser Studie wurden die Daten der Evaluationsstudie ASSIP verwendet. Die Studienteilnehmer wussten, dass es nicht das Ziel der Therapie war, sie von Suizidalität zu heilen, sondern dass sie durch das Erkennen und Verstehen der Hintergründe ihrer eigenen suizidalen Geschichte, den spezifischen Warnzeichen einer suizidalen Krise, den persönlichen Therapiezielen und dem Erarbeiten und Einsetzen eines persönlichen Krisenplans bei suizidalen Krisen das Suizidrisiko minimieren können. Die Patienten wurden randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt: Kontroll- (KG) und ASSIP Gruppe (ASSIP). Während Messungen beim Behandlungsbeginn sich zwischen den Gruppen nicht unterschieden, zeigte sich nach 6 Monaten ein signifikanter Unterschied. Patienten der

ASSIP Gruppe bewerteten ihre Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung und besonders die Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg deutlich besser als die der Vergleichsgruppe. Ergebnisse zeigten zudem, dass vor allem die Therapieerfolgsszufriedenheit im Verlauf des ASSIP mit einer niedrigen oder keiner Suizidalität signifikant im Zusammenhang stand.

5.3 Ergebnisse der Studie 3

Die Daten der Evaluationsstudie ASSIP von Studie 2 wurden auch in Studie 3 verwendet. Für alle 60 Patienten der ASSIP Gruppe wurden, wie unter Kapitel 4.2. beschrieben, der innere suizidale Debatte Wert mittels des Internal Struggle (IS) score's berechnet. Die Ergebnisse zeigten keine einheitlichen Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Allianz, ihren zwei Subskalen Patientenzufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg, und der inneren suizidalen Debatte. Während bei der ersten ASSIP Sitzung sich hohe signifikante Zusammenhänge zwischen einer guten therapeutischen Allianz und einer hohen therapeutischen Beziehung- und Therapieerfolgsszufriedenheit mit der inneren suizidalen Debatte mit hohen Werten zum Wunsch zu leben zeigten, unterschieden sich die verschiedenen Konzepte deutlich über Zeit. Eine gute therapeutische Allianz war über alle Messpunkte mit guten bis starken Zusammenhängen mit hohen inneren Debatte Werten mit dem Wunsch zu leben assoziiert. Indes zeigte die Patientenzufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung nur nach 12 Monate einen schwachen signifikanten Zusammenhang. Werte mit grosser Patientenzufriedenheit mit dem Therapieerfolg hingegen waren mit hohen und sehr hohen Signifikanzen mit Wunsch zu leben über alle Messpunkte assoziiert. Hohe innere suizidale Debatte Werte mit dem Wunsch zu leben korrelierten hoch signifikant mit keiner oder niedriger Suizidalität über Zeit.

6. DISKUSSION

Die letzten Jahrzehnte brachten in der Suizidforschung eine Fülle von wissenschaftlichen Arbeiten hervor. Das Wissen über suizidales Verhalten konnte enorm verbessert werden und für die Einschätzung und Früherkennung von Personen mit einem Suizidrisiko stehen dutzende, valide Fragebogen bereit. Überraschend und noch nicht geklärt ist, warum trotz diesen Kenntnissen und Bemühungen, die Suizidraten nicht wesentlich gesenkt werden konnte.

In Studie 1 wurde geprüft, ob die non-verbale Visualisierungsmethode PRISM (Büchi et al., 2002), welche zur Erfassung von subjektivem, körperlichem Leidensdruck entwickelt wurde, auch Suizidalität (PRISM-S) valide messen kann. In Studie 2 und 3 wurde untersucht, inwieweit Patienten in Behandlung nach einem Suizidversuch der therapeutischen Allianz, der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg eine Bedeutung zumessen. Zudem wurde das Konzept: innere suizidale Debatte in Bezug zur therapeutischen Allianz, Patientenzufriedenheit mit therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg untersucht und deren Bedeutung für die Vorhersage von Suizidalität geprüft.

6.1 Diskussion der Studie 1

Ergebnisse machten deutlich, dass PRISM-S in der Lage ist, die Suizidalität eines Patienten einfach und schnell zu überprüfen. Zudem zeigte sich, dass dieses neuartige, visuelle Instrument gegenüber bereits bewährten Fragebögen mit gleicher Messintention gute Validität besitzt. PRISM-S hat gegenüber anderen Instrumenten den Vorteil, dass es einen unkomplizierten Zugang im Therapeuten-Patient-Gespräch vermittelt, um über das tabuisierte Thema „Suizidalität“ zu sprechen. In der offenen, qualitativen Frage hat der Patient Gelegenheit, die Bedeutung der gelegten Suizidalitätsscheibe in seinen eigenen Worten zu benennen. Dies ermöglicht dem Therapeuten, ein besseres gemeinsames Verständnis der Suizidalität seines Patienten zu erhalten. Es zeigte sich, dass gerade durch diesen kollaborativen Ansatz, der Patient sich als Person und als Individuum eher wahr- und

ernstgenommen fühlte. Die Früherkennung und Einschätzung der Suizidalität wurden bis anhin oft unsystematisch und auf der Intention und Erfahrung der jeweiligen Fachperson basierend vorgenommen (Zimmerman & McGlinchley, 2008; Simon, 2011). PRISM-S kann hier eine Lücke schliessen und bietet sich an für den Einsatz in der klinischen Praxis zur Suizidrisikoeinschätzung. Es wird sich zeigen, ob sich PRISM-S ausserhalb des klinischen Settings des Kriseninterventionszentrums etablieren kann und wie weit die Fachleute offen und bereit sind für einen neuen Ansatz in der Suizidrisikoerfassung.

6.2. Diskussion der Studie 2 und 3

Heute gilt die therapeutische Beziehung, d.h. die Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten unumstritten als einer der wichtigsten Wirkfaktoren in der psychotherapeutischen Behandlung (Horvath & Bedi, 2002; Norcross, 2002). Diese Beziehung kann am besten als Bündnis oder Allianz bezeichnet werden. Die Ergebnisse der Studie 2 erweiterten das Verständnis insofern, als nicht die therapeutische Allianz per se untersucht wurde, sondern die zwei untergeordneten Konzepte: Patientenzufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung und mit dem Therapieerfolg (Bassler et al., 1995). Die Ergebnisse zeigten, dass sich die ASSIP- und die Kontrollgruppe bei Studienbeginn nicht unterschieden. Bereits nach 6 Monaten bewerteten jedoch die Patienten der ASSIP Gruppe ihre Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung und besonders die Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg deutlich besser. Während Gysin-Maillart et al., (2016) bei am ASSIP teilnehmenden Patienten zeigen konnte, dass die therapeutische Allianz in einem relevanten Zusammenhang mit Suizidalität steht, wurde durch die differenzierte Sichtweise der zweiten Studie deutlich, dass vor allem die Therapieerfolgsszufriedenheit im Verlauf des ASSIP mit einer niedrigen oder nicht vorhandenen Suizidalität signifikant im Zusammenhang steht. Es zeigt sich, dass es sehr wichtig ist, Konzepte zu verfeinern, um alle Facetten von Suizidalität erfassen zu können. Dahingehend argumentieren auch Ardito und Rabellino (2011) in ihrer Metaanalyse zur therapeutischen Allianz und Psychotherapie, dass beim Versuch etwas so

Komplexes wie die therapeutische Allianz zu messen konzeptionelle und methodische Unzulänglichkeiten auftreten. Studie 2 trägt dazu bei das multifaktorielle Konzept besser zu verstehen und dadurch einen Beitrag zu leisten für die Verbesserung der Behandlung suizidaler Menschen.

In der dritten Studie zeigten die Ergebnisse, dass Patienten mit keiner oder sehr marginaler innerer suizidaler Debatte mit dem Wunsch zu sterben, eine gute therapeutische Allianz, eine hohe Patientenzufriedenheit mit Therapieerfolg sowie niedrige Suizidalität zeigten. Der innere suizidale Debatte Wert bei der ersten ASSIP Sitzung bestimmte den Verlauf der Suizidalität über alle vier Messpunkte. Eine gute Qualität der Therapieallianz und zufriedene Patienten mit dem Therapieerfolg sind assoziiert mit weniger innerem Ringen, ob zu sterben oder zu leben. Es zeigt sich, dass die kollaborative Haltung zwischen Therapeut und Patient im ASSIP eine gute Basis legt, damit der suizidale Mensch sich nicht alleine fühlt mit seiner inneren kognitiven Ambivalenz zwischen dem Wunsch zu sterben und dem Wunsch zu leben. Die Interventionen und die konkret erarbeiteten individuellen Handlungsmöglichkeiten im ASSIP, scheinen zudem das Gefühl zu vermitteln die Kontrolle wieder erlangen zu können, und scheinen einen positiven Einfluss auf seine Suizidalität zu haben. Die Erkenntnis, dass das Erleben von Suizidalität und emotionaler Verstimmung nicht homogen ist, ist nicht neu (O'Connor et al., 2010), was genau sich bei der inneren suizidalen Debatte einer suizidalen Person abspielt muss noch besser verstanden werden, ist sie doch ein wichtiger Teil der Suizidalität und sollte besondere Beachtung in der Suizidrisikoeinschätzung und in der Behandlung von suizidalen Menschen finden.

7. ALLGEMEINE SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Ergebnisse zeigen auf, dass es mit PRISM-S möglich ist, mit einem einfach anwendbaren Instrument, die Suizidalität einer Person valide zu messen. Dies leistet einen Beitrag zur Suizidrisikoerkennung und bietet die Möglichkeit suizidalen Personen eine Behandlung zukommen zu lassen. Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie wurde PRISM-S in mehreren psychiatrischen Kliniken standardmässig zur Suizidrisikoeinschätzung implementiert. In zukünftigen Studien sollte der Einsatz von PRISM-S bei weiteren Patientengruppen (z. B. Kinder und Jugendliche) untersucht und validiert werden.

Die therapeutische Allianz und insbesondere die Patientenzufriedenheit mit dem Therapieerfolg spielen eine bedeutende Rolle in der Behandlung von suizidalen Menschen und in Bezug auf deren Suizidalität im Verlaufe der Zeit. Zudem hat sich gezeigt, dass der innere suizidale Debatte Wert eine geeignete Herangehensweise darstellt, um einen Einblick in das innere Abwägen und Ringen zwischen dem Wunsch zu sterben und dem Wunsch zu leben einer suizidalen Person zu erhalten.

Die Generalisierbarkeit und die Aussagekraft der Studien sind eingeschränkt, da die Stichproben jeweils einen Selektionsbias aufweisen und die Ergebnisse nur einer spezifischen Stichprobe zugeschrieben werden können. Daher ist eine breit angelegte Multicenter-Studie mit einer heterogenen Stichprobe nötig, um die Ergebnisse zu bestätigen und damit das Zusammenspiel der verschiedenen Wirkfaktoren im suizidalen Menschen besser verstanden werden kann.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rössler W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ.*, 86(9), 726-732.
- Ajdacic-Gross, V., Killias, M., Hepp, U., Haymoz, S., Bopp, M., Gutzwiller F., & Rössler, W. (2010). Firearm suicides and availability of firearms: The Swiss experience. *European Psychiatry*, 25, 432-434.
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn helping alliance scales. In L. S. Greenberg, & W. M. Pinsoff (Eds.), *In the psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). New York: Guilford Press.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. *Front Psychol.*, 2(270), 1-11.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in suicides: A meta-analysis. *BioMed Central*, 37(4), 1-11.
- Asberg, M., Träskman, L., & Thorén P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry.*, 33(10), 1193-1207.
- Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40(1), 23-32.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Manual for the Beck scale for suicidal ideation. San Antonio: Psychological Corporation.
- Blasco-Fontecilla, H., & Oquendo, M. A. (2016). Biomarkers of suicide: Predicting the predictable? In P. Courtet (Eds.), *Understanding suicide. From Diagnosis to personalized treatment*. Cham: Springer.
- Brown, G. K., Steer, R. A., Henriques, G. R., & Beck, A. T. (2005). The internal struggle between the wish to die and the wish to live: A risk factor for suicide. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1977-1979.
- Bronisch, T. (2014). Der Suizid – Ursachen, Warnsignale, Prävention (6. Aufl.). München: C.H.Beck oHG.

- Büchi S, Buddeberg C, Klaghofer R, Russi, E. W., Brändli, O., Schlösser, C. et al., (2002). Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure): a brief method to assess suffering. *Psychother Psychosom.*;7, 333-341.
- Bundesamt für Gesundheit (2015). Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz. Verfügbar unter:
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/index.html?lang=de> [20.09.2016].
- Bundesamt für Statistik der schweizerischen Eidgenossenschaft (2014). Todesursachenstatistik 2012. Verfügbar unter:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html#parsys_60885 [23.10.2016].
- Christiansen, E., & Jensen, B. F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 257-65.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Coryell, W., & Schlessner, M. (2001). The Dexamethasone Suppression Test and Suicide Prediction. *American Journal of Psychiatry*, 158, 748-753.
- Coryell, W., & Schlessner, M. (2007). Combined biological tests for suicide prediction. *Psychiatry Research*, 150(2), 187-191.
- Ernst, C., Mechawar, N., & Turecki, G. (2009). Suicide neurobiology. *Progress in Neurobiology*, 89, 315-333.
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. Gesammelte Werke 10 (3. Auflage, 1963). Frankfurt: Fischer.
- Gysin-Maillart, A., & Michel, K. (2013). Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. Bern: Huber.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine*, 13(3), 1-21.

- Gysin-Maillart, A. C., Soravia, L. M., Gemperli, A., & Michel, K. (2016). Suicide ideation is related to therapeutic alliance in a brief therapy for attempted suicide. *Archives of Suicide Research, 21*, 113–126.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients (pp. 37-69). In J. C. Norcross (Eds.), New York: Oxford University Press.
- Hawton, K. (2000). The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), Chichester: Wiley & Sons.
- Henseler, H. (1974). Ein psychodynamischer Deutungsversuch des präsuizidalen Syndroms. *Nervenarzt, 45*, 238-243.
- Isometsä, E., Marttunen, M., & Lonnqvist, J. (1995). The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry, 152*, 919-922.
- Jobes, D. A. (2006). Managing suicidal risk: A collaborative approach. New York: Guilford Press.
- Joiner, T. E., Pfaff, J. J., Acres, J. G. (2002). A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: Reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behavior Research and Therapy, 40*, 471-481.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). The wish to die and the wish to live in attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology, 33*(2), 361-365.
- Large, M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C., & Nielssen, O. (2011). Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45*, 619-628
- Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Wieser, M., Davidson, M., & Ryan C. J. (2018). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychol Med, 48*(7), 1119-1127.
- Lizardi, D., & Stanley, B. (2010). Treatment engagement: A neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services, 61*, 1183-1191.

- Lönnqvist, J. (2009). Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters (pp. 275-286). In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press.
- Michel, K., & Valach, L. (1997). Suicide as goal-directed action. *Archives of Suicide Research*, 3, 213-221.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- O'Connor, S. S., Jobes, D. A., Lineberry, T. W., & Bostwick, J. (2010). An investigation of emotional upset in suicidal ideation. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 35-43.
- O'Connor, S. S., Jobes, D. A., Yeargin, M. K., FitzGerald, M. E., Rodríguez, V. M., Conrad, A. K., & Lineberry, T. W. (2012). A cross-sectional investigation of the suicidal spectrum: typologies of suicidality based on ambivalence about living and dying. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 461-467.
- Reisch, T., Steffen, T., Maillart, A., & Michel, K. (2011). Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern [Electronic Version]. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html> (Zugriff am 25.11.2014).
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry* 212, 279–286.
- Ring, M., Harbauer, G., Haas, S., Schuetz, C., Andreae, A., Maercker, A. & Ajdacic-Gross, V. (2014). Validierung des Suizidalitätseinschätzungsinstrumentes PRISM-S (Pictorial Representation of Illness Self Measure – Suicidality). *Neuropsychiatrie*, 28(4), 192-197.
- Ring, M., & Gysin-Maillart, A. (2018, Im Review). Patients' satisfaction with the therapeutic relationship and the therapeutic success are related to suicide ideation in the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *Crisis*.
- Ring, M., Walther, S., & Gysin-Maillart, A. (2018, Im Review). The association between therapeutic alliance and individuals' wish to die or live. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

- Rudd, M. D. (2000). The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(1), 18-33.
- Runeson, B. S. (2002). Suicide after parasuicide. *British Medical Journal*, 325, 1125-1126.
- Schulsinger, F., Kety, S. S., Rosenthal, D., & Wender, P. H. (1979): A family study of suicide. In Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorder (pp. 277-287). In M. Schou, & E. Stromgren (Eds.), New York: Academic.
- Simon, R.I. (2011) Preventing Patient Suicide: Clinical Assessment and Management. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Valach, L., Young, R., & Michel, K. (2010). Understanding suicide as an action. In K. Michel, & D. A. Jobes (Eds.), Building a therapeutic alliance with the suicidal patient (pp. 129-148. Washington: American Psychological Association.
- Wagner, B., & Maercker, A. (2008). Deutsche Übersetzung der „Beck Scale for Suicidal Ideation“. *Psychopathologie & Klinische Intervention*, Universität Zürich, Unveröffentlichtes Manuskript.
- Wasserman, D. (2001). Suicide: An unnecessary death. London: Martin Dunitz Ltd.
- Wender, P. H., Kety, S. S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J., & Lunde, I. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 43, 923-929.
- Wolfersdorf, M. (2000). Der suizidale Patient in der Klinik und Praxis. Stuttgart: WVG.
- World Health Organization [WHO], (1986). Working group on prevention practices in suicide and attempted suicide. York.
- World Health Organization [WHO], (2014). Suicide prevention. Verfügbar unter: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/ [10.12.2017].
- World Health Organization [WHO], (2016). Suicide. Verfügbar unter: <http://www.who.int/topics/suicide/en/> [23.10.2016].
- World Health Organization [WHO], (2016). Suicide. Verfügbar unter: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [10.12.2017].

Zimmerman, M., & McGlinchey, J. B. (2008). Why don't psychiatrists use scales to measure outcome when treating depressed patients? *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1916-1929.

9. ANHANGSVERZEICHNIS

- Artikel 1:** Ring, M., Harbauer, G., Haas, S., Schuetz, C., Andreae, A., Maercker, A., & Ajdacic-Gross, V. (2014). Validierung des Suizidalitätseinschätzungsinstrumentes PRISM-S (Pictorial Representation of Illness Self Measure – Suicidality). *Neuropsychiatrie* 28(4): 192-197. A - 1
- Artikel 2:** Ring, M., & Gysin-Maillart, A. (2018). Patients' satisfaction with the therapeutic relationship and the therapeutic success are related to suicide ideation in the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *Crisis*, im Review. A - 2
- Artikel 3:** Ring, M., Walther, S., & Gysin-Maillart, A. (2018). The association between therapeutic alliance and individuals' wish to die or live. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, im Review A - 3

ANHANG A - 1

Artikel 1: Validierung des Suizidalitätseinschätzungsinstrumentes PRISM-S
(Pictorial Representation of Illness Self Measure – Suicidality)

Validierung des Suizidalitätseinschätzungs-instrumentes PRISM-S (Pictoral Representation of Illness Self Measure – Suicidality)

Mariann Ring · Gregor Harbauer · Sebastian Haas · Christopher Schuetz · Andreas Andreae · Andreas Maercker · Vladeta Ajdacic-Gross

Eingegangen: 9. März 2014 / Angenommen: 3. Oktober 2014 / Online publiziert: 13. November 2014
© Springer-Verlag Wien 2014

Zusammenfassung Die Erfassung der Suizidalität erweist sich im klinischen Alltag als schwierig und komplex. In der vorliegenden Studie wurde geklärt, ob PRISM sich eignet, die subjektiv wahrgenommene Suizidalität valide zu messen. Die non-verbale Visualisierungsmethode PRISM (Pictoral Representation of Illness Self Measure) wurde von Büchi et al. (2002) entwickelt, um den subjektiven Leidensdruck einer körperlichen Erkrankung zu messen. Es wurde der „PRISM-S“ (Pictoral Representation of Illness Self Measure – Suicidality) verwendet. 156 Patienten, die zur freiwilligen stationären Behandlung ins Kriseninterventionszentrum Winterthur aufgenommen wurden, nahmen an der vorliegenden Studie teil. Als Vergleichsinstrumente und Goldstandards wurden die Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) und die Depressive Symptome Inventory – Suicidality Subscale (DSI-SS) verwendet. Die Resultate zeigten eine hohe Korrelation zwischen dem PRISM-S und dem BSS ($r = -0,73$) bzw. dem DSISS ($r = -0,76$). Hausärzte, Psychiater und Psychologen erhalten durch PRISM-S ein valides Instrument, um die Suizidalität eines Patienten einfach und schnell zu überprüfen.

Schlüsselwörter Suizidalitätseinschätzung · Suizid · Suizidalität · PRISM · PRISM-S · Validität

M. Ring (✉) · G. Harbauer · C. Schuetz · A. Andreae
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland,
Wieshofstrasse 102, Postfach 144, 8408 Winterthur, Schweiz
E-Mail: ring@access.uzh.ch

S. Haas
Privatklinik Hohenegg, Meilen, Schweiz

A. Maercker
Psychologisches Institut, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

V. Ajdacic-Gross
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich,
Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Validity of the suicidality assessment instrument PRISM-S (Pictoral Representation of Illness Self Measure – Suicidality)

Abstract In routine clinical practice the assessment of suicidality proves to be difficult and complex. The aim of the present study was to examine if PRISM can be used to measure validly the person's subjectively perceived suicidality. The nonverbal visualization technique PRISM (Pictoral Representation of Illness and Self Measure) has been developed by Büchi et al. (2002) to evaluate the perceived burden of suffering due to physical illness. The adapted version of PRISM used in our study is called PRISM-S (Pictoral Representation of Illness and Self Measure – Suicidality). 156 eligible inpatients, admitted voluntarily to the crisis intervention centre Winterthur, participated in the study. We used as gold standards the well established assessment tools the Beck Scale of Suicide Ideation (BSS) and the Depressive Symptom Inventory – Subscale (DSI-SS). The results showed high correlations between PRISM-S and the BSS ($r = -0,73$) and the DSI-SS scores ($r = -0,76$). Clinicians, general practitioners, psychiatrists and psychologists receive with PRISM-S a valid suicidality assessment tool that is very brief and easy to administer in clinical settings.

Keywords Suicidality assessment · Suicidality · Suicide · PRISM · PRISM-S · Validity

Einführung

Im Zeitraum 2006–2010 gab es in der Schweiz durchschnittlich 1346 (1075) Todesfälle pro Jahr, bei denen Suizid (Suizid exkl. begleitete Suizide) als Todesursache registriert wurde. Dies bedeutet, dass sich jeden Tag 3 Menschen in der Schweiz selber töteten (Quelle: Bundesamt für Statistik, Neuchâtel) [1]. Suizidgedanken, Suizidabsichten und

Suizidpläne sind eine Herausforderung für Hausärzte, Psychiater, Psychologen, aber auch für suizidale Menschen selber, deren Angehörige und die Gesellschaft als Ganzes.

Ein zentrales Problem in der Suizidprävention ist die Früherkennung der Suizidalität. Die Chancen der Früherkennung ergeben sich daraus, dass Suizidalität nicht als Zustand, sondern als Prozess verstanden werden kann. Suizidrisikoeinschätzungen werden jedoch oft unsystematisch und auf der Intuition und Erfahrung der jeweiligen Fachperson basierend vorgenommen. Die Entscheidung für eine Intervention beruht insofern nicht auf einer soliden und nachvollziehbaren Grundlage.

Es gibt eine ganze Reihe validierter Fragebogen zur Suizidalitätseinschätzung, deren Einsatzmöglichkeiten jedoch im klinischen Alltag limitiert sind. Die Fragebogen sind oft zu komplex, benötigen viel Zeit zum Ausfüllen oder sind stark an die Sprachkenntnisse des Patienten gebunden. Der individuellen Bedeutungszuschreibung von Symptomen, Erlebnissen oder Life events wird durch das starre Fragemuster oft nur wenig oder keine Beachtung geschenkt.

Büchi, Sensky, Sharpe und Timberlake (1998) [2] entwickelten eine neuartige, schnelle Visualisierungsmethode PRISM (Pictorial Representation of Illness Self Measure), um den subjektiven Leidensdruck einer körperlichen Erkrankung zu messen. Büchi et. al (2002) [3, 4] konnten in mehreren Studien an über 700 Patienten PRISM als Instrument zur Erfassung von Leidensdruck validieren. In der vorliegenden Studie untersuchten wir, ob PRISM auch Suizidalität valide messen kann. Die angepasste Version des PRISM heisst „PRISM-S“ (Pictorial Representation of Illness Self Measure – Suicidality). Als Vergleichsinstrumente wurden die Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) (Beck, Steer & Ranieri, 1988; dt. Fidy, 2008 bzw. Wagner et al., 2013) [5–7] und die Depressive Symptom Inventory – Suicidality Subscale (DSI-SS) (Joiner et al. 2002; dt. Harbauer et al. 2012) [8, 9] verwendet.

PRISM-S

Beim PRISM bzw. beim PRISM-S wird eine weisse DIN A4-Metallplatte mit einem fixen gelben Punkt von sieben Zentimeter Durchmesser in der rechten unteren Ecke als technisches Hilfsmittel verwendet. Sie wird dem Patienten präsentiert, indem ihm erklärt wird, dass die Platte sein „Leben“ und der gelbe Kreis sein „Ich“ darstellt. Dann wird ihm eine schwarze, kreisförmige magnetische Scheibe von fünf Zentimetern Durchmesser gezeigt, welche als Repräsentanz für den „Wunsch, sich das Leben zu nehmen“ eingeführt wird. Schliesslich wird der Patient mit der Frage: „Welchen Platz in Ihrem Leben nimmt zurzeit Ihr Wunsch ein, sich das Leben zu nehmen?“ aufgefordert, die schwarze Scheibe zu platzieren. Die Distanz zwischen dem „Ich“ und der „Suizidalitätsscheibe“ wird SSS (Self-Suicidity-Separation) (Gesamtwert: 0–250 mm) genannt und ist das quantitative Mass des Testes. Kleinere SSS-Distanzen bedeuten eine höhere Suizidalität und ein höheres Suizidrisiko.

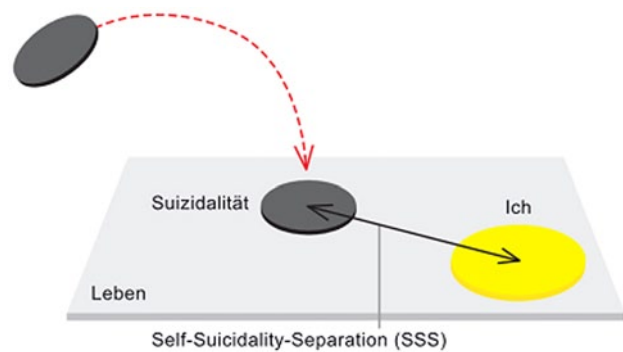


Abb. 1 PRISM-S Weisse Metallplatte = „Mein Leben“, gelber Kreis = „Ich“, schwarzer Kreis = „Suizidalität“ und SSS = „Self-Suicidity-Separation“

In einem zweiten Schritt wird der Patient gefragt: „Was bedeutet dies für Sie? (..wenn Sie die „Wunsch sich das Leben zu nehmen – Scheibe“ an diesen Platz setzen.)“ Diese Kommentare der Patienten werden qualitativ evaluiert.

Methoden

Studiendesign und Studienteilnehmer

Die Studie wurde im Kriseninterventionszentrum Winterthur im Zeitraum November 2010 – Oktober 2011 durchgeführt. Das Kriseninterventionszentrum Winterthur ist Teil der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, welche für die psychiatrische Versorgung von 400.000 Bewohnern zuständig ist. Es verfügt über 14 Betten für Menschen in akuten Krisen im Alter von 18–65 Jahren und ist 7 Tage/24 h offen. Der durchschnittliche stationäre Aufenthalt beträgt 9,2 Tage.

Die Stichprobe besteht aus konsekutiv zur freiwilligen stationären Behandlung ins Kriseninterventionszentrum Winterthur aufgenommenen Patienten ($N=156$). Das Studiendesign wurde den Teilnehmern ausführlich schriftlich und mündlich erklärt und alle Teilnehmer gaben ihr schriftliches Einverständnis für die Studienteilnahme. Die Studienausschlusskriterien betrafen Personen in akuten psychischen Belastungssituationen, bei denen es zu einer massiven Bewusstseinsverengung und Wahrnehmungsverengung, oder einer sehr starken emotionalen Erregung und Reaktion kam und so eine Durchführung unmöglich war, und Personen mit mangelnder Kenntnis der deutschen Sprache.

Die vorliegende Studie wurde von der Ethikkommission des Kantons Zürich, Schweiz bewilligt.

Messinstrumente

Die Fragen des BSS, des DSI-SS und des PRISM-S wurden von den Studienteilnehmern beim Eintritt ins Kriseninterventionszentrum Winterthur beantwortet. Die

Abfolge der Tests wurde randomisiert. Bei Eintritt wurden zusätzlich die Clinical Global Impression Scale (CGI) (Guy, 1976) [10] und die PSYREC (Psychiatriepatienten-record) – Statistik Kanton Zürich (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2007) [11] für die Erhebung der soziodemographischen und diagnostischen Angaben der Stichprobe verwendet. Die Diagnosen wurden nach ICD-10-GM [12] erfasst.

Der BSS ist ein 21-item Selbsteinschätzungsfragebogen, der die Ausprägung von suizidalem Verlangen, Wünschen und Plänen der letzten sieben Tage erfasst. Jedes Item wird auf einer Skala von 0–2 bewertet. Der Fragebogen beginnt mit 5 Screeningfragen, die abklären, ob beim Probanden Suizidalität – aktuell oder in den letzten sieben Tagen – überhaupt ein Thema ist. Ist dies der Fall (Score > 0) beantwortet er alle weiteren Fragen, ansonsten wird er direkt zu Frage 20 weitergeleitet, die nach der Anzahl Suizidversuchen in der Vergangenheit fragt, von der Gesamtwertung des Fragebogens aber ausgeschlossen ist. Der Gesamtwert reicht daher von 0–38, wobei höhere Werte mit einer höheren Ausprägung der Suizidalität einhergehen. Der BSS zeichnet sich aus durch eine hohe Reliabilität und Validität (interne Konsistenz $\alpha = 0,90$, konkurrente Validität $r = 0,58$ ($p < 0,001$), Konstruktvalidität $r = 0,48$) (Beck & Steer, 1991) [13].

Der DSI-SS ist ein 4-Item Selbsteinschätzungsfragebogen, der die Häufigkeit und Intensität von Suizidgedanken, Suizidplänen und Suizidimpulsen der letzten zwei Wochen erfasst. Jedes Item gibt vier Antwortmöglichkeiten, die sich auf die letzten zwei Wochen beziehen und wird auf einer Skala von 0–3 bewertet. Der Gesamtwert reicht daher von 0–12. Die Gütekriterien dieses Instruments sind zufriedenstellend bis sehr gut (interne Konsistenz $\alpha = 0,90$, Inter-item Korrelationen 0,77, 0,82, 0,85 und 0,71 ($p < 0,001$) (Joiner et al. 2002) [8].

PRISM hat eine gute Reliabilität (Test-retest Reliabilität $r = 0,95$; $p \leq 0,001$, Interrater Reliabilität $r = 0,79$; $p \leq 0,001$) und konnte im Jahr 2002 als erstes Instrument zur Erfassung von Leidensdruck validiert werden Büchi et al. (2002) [4].

Die CGI ist ein schnelles Verfahren zur Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes durch den Therapeuten und besteht aus drei globalen Items: (CGI-S) Einschätzung der momentanen Schwere der psychischen Erkrankung; (CGI-I) Änderung der Symptomatik von Beginn bis zum Behandlungsende; (CGI-E) Therapeutischer Effekt der Behandlung. In der vorliegenden Studie wurde die CGI-S verwendet. Hier wird der Schweregrad der Erkrankung mit einem siebenstufigen Rating von 1 = „Patient ist überhaupt nicht psychisch krank“ bis 7 = „Patient ist extrem schwer psychisch krank“ bewertet (Guy, 1976) [10].

Die ICD-10-GM ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. In der Schweiz wird die „German Modification“ (GM) verwendet zur Klassifikation von Diagnosen (Weltgesundheitsorganisation, 2012) [12].

Die PSYREC-Statistik beinhaltet Informationen über die Diagnosen, Behandlungen und weitere Merkmale,

die die Patienten beschreiben (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2007) [11].

Analysen

Die statistischen Auswertungen wurden mit dem ‚Statistical Package for Social Sciences‘ Version 19.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) durchgeführt. Die Korrelationsanalysen beruhen auf der parametrischen Methode dem Pearson’s Korrelation Coefficient.

Zudem wurden beim PRISM-S die Patienten, die die „Suizidalitäts-Scheibe“ direkt in den gelben „Ich-Kreis“ (SSS=0) platzierten, den „Im-Ich Patienten“, mit den anderen, die die „Suizidalitäts-Scheibe“ ausserhalb dem gelben „Ich-Kreis“ legten, den „Ausserhalb-Ich Patienten“, verglichen.

Ergebnisse

Deskriptive Ergebnisse

PRISM-S wurde von den Fachpersonen und den Patienten in unserer Studie gut aufgenommen und konnte aufgrund der minimalen Verwendung von Sprache auch in transkulturellen Umständen bei Patienten mit verschiedenen Sprachkenntnissen problemlos angewendet werden (Harbauer et al. 2012, Duncan et al. 2005) [9, 14].

Die Stichprobe bestand aus Patienten, die aus Eigeninitiative ins Kriseninterventionszentrum eintraten, im Weiteren mehrheitlich weiblich, schweizerischer Nationalität, unverheiratet, mit einer Berufsausbildung als höchsten Schulabschluss und in einem Anstellungsverhältnis tätig waren. Das Durchschnittsalter (SD) war 34,94 (11,47) Jahre. Die häufigsten ICD-10 Diagnosen waren F3 – affektive Störungen (44,2 %) und F4 – neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (37,0 %). Die Clinical Global Impression (CGI-S) (Range 1–7) zeigte, dass die meisten Patienten beim stationären Eintritt mässig krank (Score 4–44,2 %), oder deutlich krank (Score 5–36,4 %) waren.

Die soziodemographischen Angaben der Stichprobe finden sich in Tab. 1 und die diagnostischen Angaben in Tab. 2. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Messinstrumente sind in Tab. 3 aufgelistet.

Quantitative Ergebnisse zu PRISM-S

Von den 154 Patienten, die an der Studie teilnahmen, haben 16 (10,4 %) die Suizidalitäts-Scheibe direkt in den „Ich-Kreis“ („Im-Ich Patienten“) und 132 (89,6 %) ausserhalb des „Ich-Kreises“ („Ausserhalb-Ich Patienten“), wie aus Abb. 2 hervorgeht, platziert. Tabelle 4 zeigt auf, dass Patienten der Sub-Gruppe „Im-Ich Patienten“ viel höhere Summenscores in den Vergleichstests (BSS und DSI-SS) dieser Studie hatten, als die Sub-Gruppe „Ausserhalb-Ich Patienten“. Dies verhält sich analog zu ande-

Tab. 1 Soziodemographische Angaben (N = 156)

Variable	Merkmale	Wert
Geschlecht	Frauen	71 %
	Männer	29 %
Alter	Range	18–62
	Mittelwert	35 %
	SD	12 %
Zivilstand	Ledig	56 %
	Verheiratet	26 %
	Geschieden	15 %
	Verwitwet	1 %
	Unbekannt	2 %
Nationalität	Schweiz	84 %
	Europa	13 %
	Andere	3 %
Schulbildung	Keine abgeschlossene	
	Schulbildung	1 %
	Volksschule	25 %
	Berufsschule	44 %
	Gymnasium	3 %
	Höhere Fachschule	16 %
	Universität, Hochschule	6 %
	Unbekannt	5 %
Berufliche Stellung	Selbständig	5 %
	Lehre, Anlehre, Praktikum	8 %
	Hilfsangestellter	3 %
	Angestellter	34 %
	Angestellter in Kaderposition	6 %
	Andere Stellung	11 %
	Unbekannt	34 %
Zuweiser	Eigeninitiative Patient	71 %
	Angehörige	6 %
	Hausarzt	6 %
	Psychiater, Psychologe	10 %
	Spital, Psychiatrie	5 %
	Andere	2 %
	Unbekannt	0 %
Anzahl Eintritte	Nie	41 %
In eigene Klinik	1 x	17 %
	2 x	9 %
	> 2 x	22 %
	Unbekannt	11 %

ren Studien (Büchi et al. 2000; Büchi et al. 2002; Büchi et al. 2007, Streffer et al. 2009) [3, 4, 15, 16].

Beim Vergleich der Verteilung der Frage 20 des BSS (Anzahl Suizidversuche in der Vergangenheit) mit den beiden Gruppen „Im-Ich Patienten“ und „Ausserhalb-Ich Patienten“ ergibt sich keine konsistente Verteilung – Patienten mit zwei und mehr Suizidversuchen gehörten zu 56,3 % (9 von 16 Patienten) zu den „Im-Ich Patienten“ und nur zu 25 % (33 von 132 Patienten) zu den „Aus-

Tab. 2 Diagnostische Angaben (N = 156)

Variable	Merkmale	Wert
CGI-S	Nicht beurteilbar	14 %
	Leicht krank	5 %
	Mässig krank	44 %
	Deutlich krank	37 %
Hauptdiagnose	F1 Abhängigkeitserkrankungen	3 %
	F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	7 %
	F3 Affektive Störungen	44 %
	F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	37 %
	F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	9 %

Tab. 3 Mittelwerte und Standardabweichung der Messinstrumente

Messinstrument	Range	M	SD
PRISM-S	0–250 mm	146,9 mm	88,1
BSS	0–38	10,5	9,6
DSI-SS	0–12	3,4	3,1

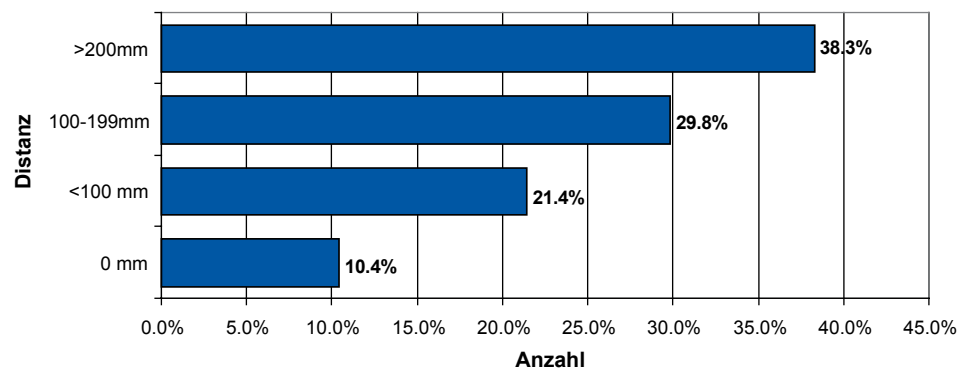
serhalb-Ich Patienten“. Bei den Patienten mit keinem Suizidversuch war es genau umgekehrt 12,5 % (2 von 16 Patienten) gehörten zu den „Im-Ich Patienten“ und 49,2 % (65 von 132 Patienten) zu den „Ausserhalb-Ich Patienten“.

Wie aus Tab. 5 hervorgeht, korrelierte PRISM-S mit dem BSS und dem DSI-SS auf einem befriedigenden hohen Niveau. Beim PRISM-S ist die Suizidalität bei einer kleinen SSS-Distanz am grössten, daher ergibt sich der Minuswert bei den Korrelationen.

Qualitative Evaluation zu PRISM-S

Ein beträchtlicher Teil der Patienten (N = 59) verzichtete auf das Beantworten der qualitativen Frage: „Was bedeutet dies für Sie? (..wenn Sie die „Wunsch sich das Leben zu nehmen – Scheibe“ an diesen Platz setzen)“. Trotzdem zeigen sich Tendenzen zwischen den Aussagen und den jeweiligen SSS-Distanzen. Patienten mit einer SSS-Distanz von 0 äusserten einen starken Drang sich das Leben zu nehmen (z. B.: „Ich kann die Belastung nicht mehr aushalten“, „Für was das alles noch“, etc.), mit einer 5–50 mm SSS sich von „Suizidhandlungen“ distanzieren zu können (z. B.: „Ich habe Suizidgedanken und -pläne, möchte mir aber nichts antun“, etc.), während Patienten mit einem 55–100 mm SSS Score die „Suizidgedanken“ kontrollieren und sich davon distanzieren können (z. B.: „Suizidgedanken sind ab und zu vorhanden“, „Ich habe keine konkreten Pläne“, etc.), bei der restlichen Gruppe 105–250 mm ist Suizidalität kein Thema oder sie äusserten passive Suizidgedanken (z. B.: „Kommt zur Zeit nicht in Frage, mir etwas an zu tun“ etc.).

Abb. 2 SSS= „Self-Suicidality-Separation“ 0–250 mm (N=156)



Tab. 4 Summenscore Mittelwerte bei Im-Ich Patienten und Ausserhalb-Ich Patienten der Messinstrumente

Messinstrument	Range	M Im-Ich Pat.	M Ausserhalb-Ich Pat.
BSS	0–38	20,7	9,4
DSI-SS	0–12	7,73	2,9

Tab. 5 Korrelationen zwischen den Messinstrumenten (Pearson's Korrelationskoeffizient *r*)

Variable	PRISM-S	BSS	DSI-SS
PRISM-S		–0,728	–0,760
BSS	–0,728		0,882
DSI-SS	–0,760	0,882	

Diskussion

Suizidalität ist im klinischen Alltag nicht immer offensichtlich, sie kommt aber sehr häufig vor. In Anbetracht der Häufigkeit von Suiziden überrascht der Mangel an validen, einfach auszuführenden und im klinischen Alltag praktikablen Erhebungsinstrumenten. PRISM-S bietet sich an, diese Lücke zu schliessen.

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, PRISM-S unter Beizug bereits eingesetzter Instrumente, dem BSS und dem DSI-SS, zu validieren. Die Korrelationen erwiesen sich als befriedigend hoch. Patienten der „Im-Ich Patienten“ Sub-Gruppe hatten deutlich mehr Suizidversuche in der Vergangenheit als Patienten aus der „Ausserhalb-ich Patienten“ Sub-Gruppe. In der Auswertung qualitativer Daten zeigte es sich zudem, dass Patienten mit einer grossen SSS-Distanz sich klar von Suizidgedanken distanzieren konnten (passiver Todeswunsch) oder dass die Suizidalität kein Thema war. „Im-Ich-Patienten“ äusserten dagegen einen starken Drang, sich das Leben zu nehmen.

Einschränkungen der Studie und vom PRISM-S

Erstens wurde die Studie im Kriseninterventionszentrum Winterthur mit Patienten, die freiwillig zur stationären

Behandlung eintraten, durchgeführt. PRISM-S wurde nicht bei anderen Patientengruppen validiert.

Zweitens kann PRISM-S vom Patienten nicht alleine durchgeführt werden. Der Suizid ist in der Gesellschaft immer noch ein tabuisiertes Thema. Patienten haben daher vielleicht Hemmungen, im direkten Kontakt mit dem Befrager die „Suizidalitätsscheibe“ zu legen und über die Bedeutung der gelegten Scheibe zu sprechen.

Schliesslich ist PRISM-S ebenso wie andere Instrumente nicht informativ, wenn Patienten sich der Befragung entziehen oder Falschaussagen machen. Immerhin bietet PRISM-S eine Vorlage, um jeweils vertieft nachzufragen.

Schlussfolgerungen für die Praxis

Weder standardisierte Fragebögen noch PRISM-S vermögen das explorative Therapeuten-Patient-Gespräch zu ersetzen. Hausärzte, Psychiater und Psychologen erhalten jedoch durch PRISM-S ein valides Instrument, um die Suizidalität eines Patienten einfach und schnell zu überprüfen. PRISM-S hat gegenüber anderen Messinstrumenten den Vorteil, dass es einen unkomplizierten Zugang vermittelt, um über das tabuisierte Thema „Suizidalität“ zu sprechen. Der Patient hat zudem die Gelegenheit, in der qualitativen Frage die individuelle Bedeutungszuschreibung der gelegten Suizidalitätsscheibe zu benennen, und fühlt sich so als Person und als Individuum eher ernst- und wahrgenommen.

PRISM wurde erfolgreich in transkulturellen Umständen bei Patienten mit verschiedenen Sprachkenntnissen angewendet (Duncan et al. 2005) [14]. PRISM-S ist durch die einfache Handhabung prädestiniert für die alltägliche klinische Praxis und kann so einen Beitrag zur Reduktion von Suiziden leisten.

Interessenkonflikt

Alle aufgeführten Autoren waren an dieser Arbeit beteiligt durch Datenaufbereitung und Analyse oder in der Auseinandersetzung mit dem Studiendesign und den Auswirkungen der Resultate. Alle Autoren haben das Manuskript gelesen und dessen Inhalt genehmigt. Es bestehen keine Interessenkonflikte bei der Publikation

dieses Manuskripts. Dieses wurde bei keiner anderen Zeitschrift eingereicht.

Ethische Standards

Die vorliegende Studie wurde von der Ethikkommission des Kantons Zürich, Schweiz bewilligt.

Literatur

1. Bundesamt für Statistik. Report. Neuenburg; 2012.
2. Büchi S, Sensky T, Sharpe L, Timberlake N. Graphic representation of illness: a novel method of measuring patients' perceptions of the impact of illness. *Psychother Psychosom.* 1998;67:222–5.
3. Büchi S, Brandli O, Klingler K, et al. Inpatient rehabilitation in inpatients with chronic obstructive lung diseases (COPD): effect on physical capacity for work, psychological wellbeing and quality of life. *Schweiz Med Wochenschr.* 2000;130:135–42.
4. Büchi S, Buddeberg C, Klaghofer R, et al. Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure): a brief method to assess suffering. *Psychother Psychosom.* 2002;7:333–41.
5. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol.* 1988;44:499–505.
6. Fidy R. Psychologische Suizidalitäts-Diagnostik im Internet. Universität Zürich: Unveröffentlichte Lizenziatarbeit; 2008.
7. Wagner B, Horn AB, Maercker A. Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *J Affect Disord.* 2014;152:113–21.
8. Joiner TE, Pfaff JJ, Acres JG. A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behav Res Ther.* 2002;40:471–81.
9. Harbauer G, Ring M, Schuetz C, Andreae A, Haas S. Suicidality Assessment with PRISM-S – simple, fast und visual: a brief nonverbal method to assess suicidality in adolescent and adult patients. *Crisis.* 2013;34(2):131–6.
10. Guy W. ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. revised (DHEW Publ No ADM 76-338). Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 1976. S. 218–22.
11. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. PSYREC-KTR-Handbuch. Zürich; 2007.
12. Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Bern: Huber; 2012.
13. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Scale for suicidal ideation. San Antonio: The Psychological Corporation; 1991.
14. Duncan E, Gidron Y, Shrestha RP, Aryal T. Correlates of post-traumatic stress and physical symptoms in Nepali adults under political turmoil. *Aust J Disaster Trauma Stud.* 2005;1:No Pagination Specified.
15. Büchi S, Mörgeli H, Schnyder U, Jenewein J, Hepp U, Jina E, Neuhaus R, Fauchère J, Bucher H, Sensky T. Grief and post-traumatic growth in parents 2–6 years after the death of their extremely premature baby. *Psychother Psychosom.* 2007;76:106–14.
16. Streffer M, Büchi S, Mörgeli H, Galli U, Ettlin D. PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure): a novel visual instrument to assess pain and suffering in orofacial pain patients. *J Orofac Pain* 2009;23(2):140–6.

ANHANG A - 2

Artikel 2: Patients' satisfaction with the therapeutic relationship and the therapeutic success are related to suicide ideation in the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)

Running Head: HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

Patients' satisfaction with the therapeutic relationship and the therapeutic success are related to suicide ideation in the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)

Mariann Ring¹, Konrad Michel², Anja Gysin-Maillart²

Author Note

¹Privatklinik Clienia Schlössli, Oetwil am See, Switzerland,

²Translational Research Centre, University Hospital of Psychiatry, University of Bern,
Switzerland

Correspondence concerning this article should be addressed to Mariann Ring,
Privatklinik Clienia Schlössli, Oetwil am See, Switzerland. E-mail: mariann.ring@clienia.ch

Background

The therapeutic alliance has been found to be a moderating factor for outcome in the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP).

Aims

To explore the role of the therapeutic alliance by looking at the patients' perceived satisfaction with the therapeutic relationship and therapeutic success, and whether there is a difference between these two factors in reducing suicidal ideation.

Method

Sixty patients in the treatment arm of the randomized controlled study rated their satisfaction with the therapeutic relationship and therapeutic success with the two subscales of the Helping Alliance Questionnaire in the first and third session. Suicidal ideation was measured with the Beck Scale of Suicide Ideation at baseline session, and at 6-, 12-, and 24-month follow-up.

Results

Patient satisfaction with the therapeutic relationship and therapeutic success increased significantly from the first to the third session. Higher scores on the therapeutic success scale correlated significantly with lower suicidal ideation.

Conclusion

The results suggest that an active collaboration between the patient and therapist is important for the patient-rated satisfaction with the therapeutic relationship, and in particular, a shared agreement on therapy goals plays a vital role in the therapeutic success and in the reduction of suicidal ideation over time.

Keywords: Suicide attempt, suicidal ideation, therapeutic relationship, therapeutic success, Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

Introduction

Suicide is a leading cause of death worldwide and remains a serious public health problem (World Health Organization [WHO], 2017). Suicidal behavior, which includes non-fatal intentional self-poisoning/overdose and self-injury, is a growing problem in many countries and is the most important risk factor for eventual suicide (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Many suicidal persons do not come to the attention of clinical services or other helping agencies (Borges et al., 2010; Downs & Eisenberg, 2012). However, those admitted to emergency departments or other professional help following a suicide attempt enter the health care system, and thus, can be provided with follow-up care. Psychosocial interventions targeted at such individuals show growing evidence for the effectiveness of reducing repeated suicidal behavior and long-term suicide risk (Hawton et al., 2016; Hetrick, Robinson, Spittal, & Carter, 2016; Inagakia et al., 2015). However, it has been found to be difficult to ensure treatment adherence in long-term psychological therapies (Fawcett, Scheftner, & Fogg, 2001; Monti, Cedereke, & Ojehagen, 2003). This might be because many individuals after a suicide attempt do not consider themselves ill, and therefore, reason that they do not need treatment from health professionals (Michel, Valach, & Waeber, 1994). They suffer and experience strong feelings of pain, hopelessness, and loss of self-esteem (Maltsberger, 2004) because of widespread issues such as relationship problems, divorce, financial problems, employment difficulties, and social isolation (Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003)—and consider themselves overwhelmed, alone, and in a dead-end crisis.

The collaborative relationship between therapist and patient and the patients' confidence in the staff—the therapeutic alliance—has been acknowledged as a key element of the therapeutic process and its successful outcome in numerous studies over the past decades (Horvath & Bedi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000; Norcross & Lambert, 2011). A recent meta-analysis including nearly 200 independent studies reported a significant correlation

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

between alliance and therapy outcome, regardless of the type of treatment modality, employed alliance measure, assessed patient population, or research setting (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Arnow et al. (2013) showed an increased effect (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy group= $r .58$) on the therapeutic alliance when the therapy protocol was more structured and the therapy goals and tasks were commonly agreed upon. These findings are consistent with Bordin's (1979) outlined universal aspects of a good working alliance: a) the patient and therapist build towards a consensus about the goals and tasks of therapy, and b) the patient and therapist negotiate a shared affective and personal bond. The relationship with a professional may offer the patient a previously unknown experience of a secure base—a person who is sensitive and responsive and offers the patient a safe haven (Bowlby, 1988).

The traditional medical approaches based on the association of psychiatric diagnosis with suicide and their pharmacotherapeutic interventions have not fulfilled the promise to reduce suicidal behavior at the population level (Bertolote, Fleischmann, De Leo, & Wasserman, 2003; De Leo, 2002). In their treatment studies, Brown et al. (2005), and Rudd et al. (2015) were able to show significant suicide risk reductions by using cognitive behavior therapy (CBT) interventions. Moreover, there are several psychotherapeutic treatments for suicidal patients currently gaining attention that adopt a more collaborative, patient-centered approach, e.g., The Collaborative and Therapeutic Assessment (CTA; Finn, 2007), Jobes's Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) approach (Jobes, 2012), and the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP; Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert, & Michel, 2016).

Despite its high prevalence, evidence-based interventions for suicidality remain scarce (Beautrais, 2014) and until recently, there was little empirical research regarding the therapeutic alliance with patients, particularly with suicidal individuals (Inagaki et al., 2015).

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Recently, Gysin-Maillart, Soravia, Gemperli, and Michel (2016) were able to show that in patients treated with the ASSIP, higher alliance measures correlated with lower suicidal ideation at 12-month follow-up.

The aim of the present study was to further explore the therapeutic alliance in the ASSIP using the two scales of the Helping Alliance Questionnaire (HAQ-I): the patient's satisfaction with the "therapeutic relationship" (HAQ_R) and the patient's satisfaction with "therapeutic success" (HAQ_S; Bassler, Potratz, & Krauthauser, 1995). In order to gain a closer understanding of what patients' value as most helpful in the therapeutic alliance with the therapist after a suicide attempt, we wanted to know whether the two subscales correlated with higher suicidal ideation over time and in what way they differed.

Methods

Procedure and Participants

The study was conducted in a real-world clinical setting with patients admitted to the emergency unit of the Bern University General Hospital following attempted suicide, who were seen by the duty psychiatrist at the University General Hospital of Psychiatry Bern (Gysin-Maillart et al., 2016). After providing written informed consent and written agreement for video-recording the narrative interview, the participants were randomly allocated to the Control Group (clinical assessment and treatment as usual, CG; $N = 60$) or the treatment as usual plus ASSIP group ($N = 60$) if they fulfilled the inclusion criteria. The exclusion criteria were insufficient mastery of the German language, severe cognitive impairment, current psychotic disorder, antisocial personality disorder, and residence outside the hospital catchment area. Clinical diagnoses were made by the duty psychiatrists, and were based on the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders (WHO, 2014). Suicidal ideation was assessed with the Beck Scale for Suicide Ideation (BSS; Beck & Steer, 1991) at the initial session and at 6, 12, 18, and 24 months. The therapeutic alliance was measured with

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

the Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Alexander & Luborsky, 1986) after the first session for the CG and after the first and third sessions for the ASSIP group. Furthermore, a set of questionnaires was completed by the participants after the baseline session and at 6, 12, 18, and 24 months. The study procedure was approved by the local ethics committee in Bern (registration number 144/08) in accordance with the Declaration of Helsinki (Rickham, 1964).

ASSIP - Attempted Suicide Short Intervention Program

The ASSIP is an innovative, manual-based brief therapy for working with individuals who have recently attempted suicide. It is based on the theory of goal-oriented action and narrative interviewing (Michel & Valach, 1997). It presents a way to utilize the “window of opportunity for treatment” once the patient has reached a hospital after a suicide attempt (Larkin & Beautrais, 2010). The ASSIP complements the usual clinical management and follow-up treatment after a suicide attempt.

The ASSIP Manual (Figure 1) is highly structured and comprises interventions for each session (ca. 60 minutes), which ideally occur on a weekly basis, following a detailed step-by-step description (Michel & Gysin-Maillart, 2015).

Measures

The participants in this study, after the first session, completed a set of questionnaires that were sent to both groups every 6 months over a period of 2 years.

Helping Alliance Questionnaire - HAQ (Alexander & Luborsky, 1986; Bassler et al., 1995)

This instrument is an 11-item self-rating questionnaire on a 6-point Likert scale that ranges from 1= very inapplicable to 6= very applicable. It measures the strength of the patient-therapist therapeutic alliance and has a good internal consistency ($\alpha=.887$; Alexander & Luborsky, 1986). In the present study, the German version by Bassler et al. (1995) was used as well as their division of the therapeutic alliance into two subscales: (1) “therapeutic relationship” (HAQ_R) and (2) “satisfaction with therapeutic success” (HAQ_S). The HAQ_R

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

scale rates the patient's experience of the relationship with the therapist—questions 1, 6, 7, 8, 9, and 10 ($\alpha=.887$), and the HAq_S scale measures the working alliance with the therapist based on the feeling of working together in a joint effort to the agreed therapy goals—questions 2, 3, 4, 5, and 11 ($\alpha=.840$).

Beck Scale of Suicide Ideation - BSS (Beck & Steer, 1991)

The BSS consists of 21 items and is a self-report instrument for measuring the intensity of the patient's attitudes, behaviors, and plans related to suicidal behavior during the past week, including the current day. All items consist of three response options, ranging from 0 to 2. Five screening items reduce the length and intrusiveness of the questionnaire for patients who are non-suicidal. Items 20 (prior suicide attempts) and 21 (severity of the suicide attempt) are not included in the score. The sum scores range from 0 to 38 points. In the present study, the German version of the BSS was used (Fidy, 2008).

Statistical Analysis

Statistical analyses were conducted using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS Statistics, version 22). Sociodemographic data and outcome measures were examined using t-tests. Paired-sample t-tests were performed to analyze the responses that were given by the participants in the ASSIP and Control Group with regard to therapy quality on each HAq-scale (HAq_R and HAq_S) at the first (t1) and third (t2) sessions. In order to elucidate which of the two HAq scales predicted higher suicidal ideation over time in the ASSIP group, we performed t-tests. All tests were two-sided and a p -value less than 0.05 was considered statistically significant.

The Last Observation Carried Forward (LOCF) approach was used to deal with missing data resulting from the non-response of participants during follow-up sessions. For

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

each patient, the last observed value of a variable was carried forward to fill in the missing data.

Results

Participant Characteristics

Between June 2009 and December 2012, a total of 120 participants were enrolled in the ASSIP study. Of these, 54 (45%) were male (mean age 40 years, SD = 14) and 66 (55%) female (mean age 36 years, SD = 14). They were randomly assigned to the study groups.

Of the 60 participants in the ASSIP group, 24 (40%) were male (mean age 39.42, SD = 15.25), and 36 (60%) female (mean age 34.58, SD = 13.42); 55% were diagnosed with major depression, 13% fulfilled the criteria for personality disorders, 28% for acute stress reaction, and 3% for substance abuse. Prior suicide attempts were reported by 77 (45%) participants, of whom 10 were multiple repeaters. Further details have been published elsewhere (Gysin-Maillart et al. 2016).

Quality of the Therapeutic Relationship and Satisfaction with Therapeutic Success at the First and Third Sessions

To analyze the patient-rated quality of the therapeutic relationship (HAq-R) and satisfaction with therapeutic success (HAq-S) in the two study groups, a series of paired-samples t-tests (Figure 2a and 2b) were conducted. Regarding the first therapy session (t_1), there was no significant difference in ratings between ASSIP and CG participants on the HAq_R and HAq_S. At the third therapy session (t_2), ASSIP participants valued both the quality of the therapeutic relation (HAq_R: $t_{118} = 3.126$, $p = .002$) and therapeutic success (HAq_S: $t_{118} = 3.833$, $p = .001$) significantly higher than the CG participants. Using dependent t-tests, the within-subject comparisons in the ASSIP group showed significant differences in the subjectively perceived quality of the therapeutic relationship between the first (t_1) and

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

third sessions (t_2) (HAq_R: $t_{59} = -4.552$, $p = .001$) and in the satisfaction with therapeutic success (HAq_S: $t_{59} = -4.203$, $p = .001$).

Relationship between Satisfaction with the Therapeutic Relationship and Therapeutic Success and Suicidal Ideation during follow-up

We used bivariate correlations between the two HAq-scales—satisfaction with the therapeutic relationship and therapeutic success (HAq_R and HAq_S)—and suicidal ideation at 6 (BSS t_2), 12 (BSS t_3), and 24 (BSS t_5) months. There was an association between the therapeutic relationship (HAq_R) and suicidal ideation at 12 ($r = -0.37$, $p = .029$) and 24 months ($r = -0.31$, $p = .025$; see Table 1). Overall, there was a strong significant inverse correlation between satisfaction with therapeutic success (HAq_S) and lower suicidal ideation at 6- ($r = -0.40$; $p = .007$), 12- ($r = -0.49$; $p = .002$), and 24-month follow-up ($r = -0.46$; $p = .001$).

Discussion

This study investigated the patient-rated therapeutic alliance in the short intervention program ASSIP—a highly structured brief therapy for individuals who have attempted suicide—over a 2-year follow-up. The participants were informed that the goals of the therapy are limited and that the main objective of the ASSIP is not to cure them of suicidality but to reduce their risk of further suicidal behavior by enabling them to understand what makes them suicidal and to develop and implement safety strategies for future suicidal crises. Participants' ratings on the two HAq-scales, “therapeutic relationship” (HAq_R) and “satisfaction with therapeutic success” (HAq_S), were rated approximately identical at the first session between the ASSIP and Control Group (Figure 2a/2b). At the third session, however, there was a significant difference between the two groups. Participants in the ASSIP group valued the quality of the therapeutic relationship better, particularly therapeutic success as measured by the HAq_S scale. This finding is in line with research showing that the therapeutic alliance is

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

positively related to patients' expectation of improvement (Constantino, Arnow, Blasey, & Agras, 2005) and less strongly with the respective interventions (Flückiger, Regli, Zwahlen, Hostettler, & Caspar, 2010). A positive therapeutic relationship suggests less conflict between the patient and therapist with regard to the shared therapeutic work and goals. The sense of partnership may maximize treatment engagement and has a contributory effect on therapeutic success. It is also notable that despite the highly structured and manualized interventions of the ASSIP, an authentic relationship within a patient-centered collaborative approach can be achieved. The participants seem to view the clear objectives of each session and their therapists as helpful for achieving their goals.

Remarkably, the therapy satisfaction subscale correlated significantly higher—and inversely—with suicidal ideation during follow-up sessions than the therapeutic relationship subscale. We see two explanations. First, all patients who enrolled in the ASSIP were aware that they were participating in a study for people after a suicide attempt, perhaps with the hope and expectation that they would be understood and not stigmatized. Public stigmas, including stereotypes, prejudice, and discrimination toward people who attempt or die by suicide have long been identified in numerous studies as barriers to successful treatment (Batterham, Calear, & Christensen, 2013; Sheehan, Corrigan, Al-Khouja, & the Stigma of Suicide Research Team, 2017). Secondly, they may have hoped to be able to develop a better understanding of the mechanisms related to acute suicidality, and thus, feel empowered and gain an improved sense of control for any future suicidal crisis. Furthermore, the collaborative approach of the ASSIP therapist stands in contrast to a relationship between an expert therapist and a passive patient. Working together may unveil tools and strategies that require responding in new ways to times of suicidal ideation.

There are several limitations to note in this study. The Helping Alliance Questionnaire was developed to assess the therapeutic alliance in a longer-term psychotherapy setting (> 25

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

therapy sessions; Morgan, Luborsky, Crits-Christoph, Curtis, & Solomon, 1982), whereas the ASSIP is a brief, short therapy program.

Gender differences were not explored as part of the current study. Women and men have different propensities for suicide (Oquendo et. al., 2014); therefore, it may also be worth researching the two HAQ scales across different genders in a larger sample.

Further limitations of the ASSIP have been published elsewhere (Gysin-Maillart et al. 2016).

Conclusion

In summary, results from individuals after attempting suicide who participated in the ASSIP—a manual-based brief therapy—show not only that an active collaboration between the patient and therapist is important for subsequent treatment satisfaction, but also that a shared agreement on therapy goals is crucial and has an even more important effect on the subjectively perceived satisfaction of therapeutic success; furthermore, it is significantly associated with lower rates of suicidal ideation during follow-up.

References

- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn helping alliance scales. *In The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (pp. 325–366). Greenberg, L. S., & Pinsoff, W. M., Eds.; Guilford Press: New York, NY, USA.
- Arnow, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., ...Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 627–638.
- Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40*(1), 23–32.
- Batterham, P. J., Caelear, A. L., & Christensen, H. (2013). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(4), 406–417. doi:10.1111/sltb.12026
- Beautrais, A. L. (2014). Intervening to prevent suicide. *Lancet Psychiatry, 1*, 165–166. doi:10.1016/S2215-0366(14)70304-9
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Manual for the Beck scale for Suicidal Ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough? *The British Journal of Psychiatry, 183*(5), 382–383; doi:10.1192/bjp.183.5.382
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252–260. doi:10.1037/h0085885

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

- Borges, G., Nock, M. K., Haro Abad, J. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., ... Kessler R. C. (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1617–1628.
- Bowlby, J. A. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. Routledge: London, UK.
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*, 294, 563–570.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395–405.
- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., & Agras W. S. (2005). The Association Between Patient Characteristics and the Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavioral and Interpersonal Therapy for Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 203–211.
- De Leo, D. (2002). Why are we not getting any closer to preventing suicide? *The British Journal of Psychiatry*, 181, 372–374.
- Downs, M. F., & Eisenberg D. (2012). Help seeking and treatment use among suicidal college students. *Journal of American College Health*, 60, 104–114.
- Fawcett, J., Scheftner, W. A., & Fogg L. (2001). Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 31–36.
- Fidy, R. (2008). *Psychologische Suizidalitäts-Diagnostik im Internet*. Zürich: Universität Zürich.

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

Finn, S. E. (2007). In our client's shoes: Theory and techniques of therapeutic assessment.

Mahwah, NJ: Erlbaum.

Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S. & Caspar, F. (2010). Der Berner

Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von

Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(2), 71–79.

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel K. (2016). A novel brief

therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized

controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS Medicine*, 13, e1001968

Gysin-Maillart, A. C., Soravia, L. M., Gemperli, A., & Michel, K. (2016). Suicide ideation is

related to therapeutic alliance in a brief therapy for attempted suicide. *Archives of Suicide Research*, 21, 113–126.

Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-

term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 537–542.

Hawton, K., Witt, K. G., Taylor, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell P., ...van

Heeringen K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD012189. doi:10.1002/14651858

Hetrick, S. E., Robinson, J., Spittal, M. J., & Carter G. (2016). Effective psychological and

psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMJ Open*, 6, e011024.

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy*

relationships that work (pp. 37–69). New York: Oxford University Press.

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapie*, 48(1), 9–16. doi:10.1037/a0022186
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., ... Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 66–78.
- Jobes, D. (2012). Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS). *Suicide and Life-Threatening Behaviors*, 46(6), 640–653.
- Larkin, L. L., & Beautrais, A. L. (2010). Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis*, 31(1), 1–6. doi:10.1027/0227-5910/a000001
- Maltsberger, J. T. (2004). The descent into suicide. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(3), 653–668. doi:10.1516/3c96-uret-tlwx-61wu
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- Michel, K., Valach, L., & Waeber, V. (1994). Understanding deliberate self-harm: The patients' views. *Crisis*, 15(4), 172–178.
- Michel, K., & Valach, L. (1997). Suicide as goal-directed action. *Arch Suicide Res.*, 3, 213–221.
- Michel, K., & Gysin-Maillart, A. (2015). ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. A Manual for Clinicians. Hogrefe Publishing: Göttingen, Germany.
- Monti, K., Cedereke, M., & Ojehagen, A. (2003). Treatment attendance and suicidal behavior 1 month and 3 months after a suicide attempt: A comparison between two samples. *Archives of Suicide Research*, 7, 167–174.

HAQ_SCALES: RELATIONSHIP / SUCCESS AND SUICIDE IDEATION

1 Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H., & Solomon, J. (1982). Predicting
2 the outcomes of psychotherapy by the Penn helping alliance rating method. *Archives*
3
4
5 of *General Psychiatry*, 39(4), 397–402.
6

7 Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II.
8
9
10 *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. doi:10.1037/a0022180
11

12 Oquendo, M. A., Sullivan, G. M., Sudol, K., Baca-Garcia, E., Stanley, B. H., Sublette, M. E.,
13
14 & Mann, J. J. (2014). Toward a Biosignature for Suicide. *American Journal of*
15
16 *Psychiatry*, 171, 1259–1277.
17
18

19 Rickham, P. P. (1964). Human experimentation. Code of ethics of the World Medical
20
21 Association. Declaration of Helsinki. *BMJ*, 2, 177.
22
23

24 Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S.,
25
26 Mintz, J., ...Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-
27
28 treatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial
29
30 with 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 172, 441–449.
31
32
33

34 Sheehan, L. L., Corrigan, P. W., Al-Khouja, M. A., & the Stigma of Suicide Research Team
35
36 (2017). Stakeholder Perspectives on the Stigma of Suicide Attempt Survivors. *Crisis*,
37
38 38(2), 73–81. doi:10.1027/0227-5910/a000413
39
40

41 WHO (2014). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical
42
43 descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.
44
45

46 WHO (2017). Suicide Data. Retrieved from:
47
48 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Figure 1

Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)

First Session

In a narrative interview, the patients are encouraged to tell and share their personal story about what led them to attempt suicide. This enables the therapist to gain a common understanding of the individual mechanism leading to the suicidal behavior. (Video-recorded-interview).

Second Session

The patient and therapist watch together—sitting side-by-side—selected sequences of the recorded interview from the first session. The aim here is to reactivate the patient’s mental state during the suicidal crisis in a safe environment and provide a detailed reconstruction of the transition from the experience of psychological pain and stress to the suicidal action. The patient receives a psychoeducational handout to read and write comments in as a homework task.

Third session

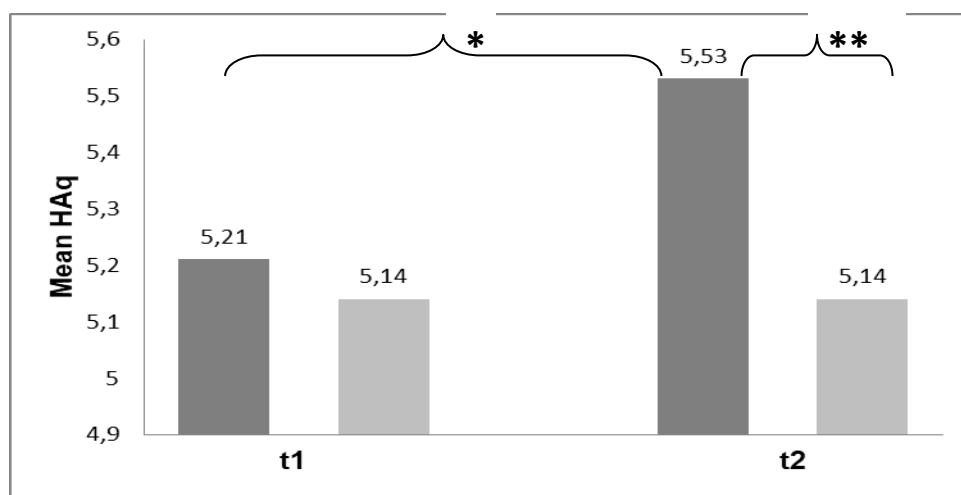
The patient’s comments in the handout are discussed. The case conceptualization is revised collaboratively. Next, a list of long-term goals, individual warning signs, and safety strategies is developed in close cooperation with the patient. The summary and personal safety strategies are printed out and given to the patient, with additional copies for other health professionals involved in treatment. In addition, the individual preventive measures are printed on a credit-card-sized (“Hope Leporello”) and handed to the patient together with a crisis card with emergency phone numbers, with the instruction to carry them both in their wallet at all times and to use them in the event of an emotional crisis.

Continued outreach contact

Patients are sent semi-standardized letters over a time span of 2 years, every 3 months in the first year and every 6 months in the second year. The letters invite patients to give feedback about how things are going and remind them of the importance of the personal safety plans developed in the therapy sessions. Usually, one or two personal sentences are added. The letters are signed personally by the ASSIP therapist.

Figure 2a

Comparisons of the HAq Scale: "Satisfaction with Therapeutic Relationship" (HAq_R) at the first (t1) and third (t2) therapy sessions for the ASSIP (dark gray) and Control Group (light gray). The t2 value of the CG is the last observation carried forward from t1.

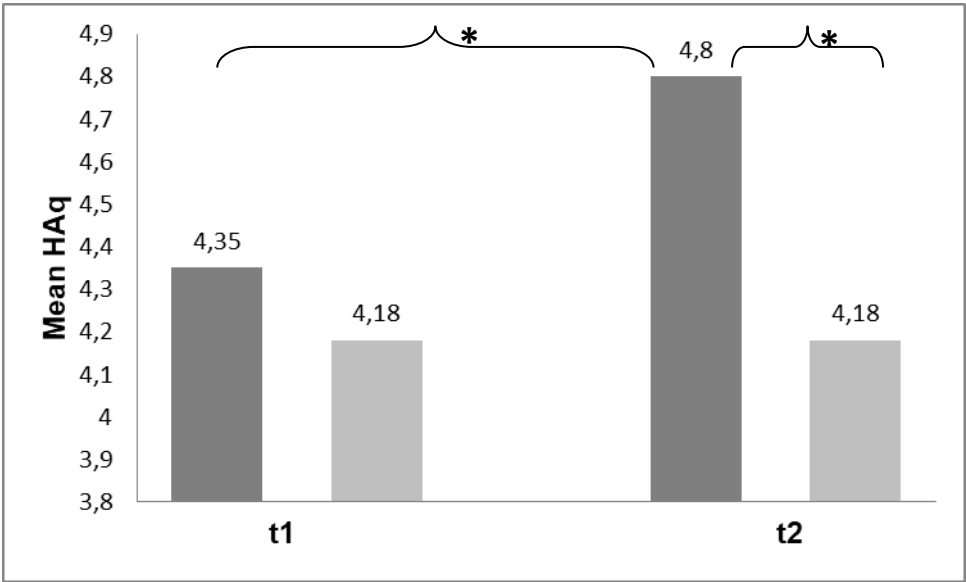


* = $p < 0.001$

** = $p < 0.01$

Figure 2b

Comparisons of the HAq Scale: “Satisfaction with Therapeutic Success” (HAq_S) at the first (t1) and third (t2) therapy sessions for the ASSIP (dark gray) and Control Group (light gray). The t2 value of the CG is the last observation carried forward from t1.



* = $p < 0.001$

Table 1

Bivariate correlations between Suicidal Ideation at the initial session (t1) and at 6 (t2), 12 (t3), and 24 (t5) months and Satisfaction with the Therapeutic Alliance (HAq), Therapeutic Relationship (HAq_R), and Therapeutic Success (HAq_S) at the first and third sessions (N=60).

	BSS t1	BSS t2	BSS t3	BSS t5
HAq1	$r = -0.25; p = .054$	$r = -0.37; p = .013$	$r = -0.49; p = .002$	$r = -0.43; p = .001$
<u>HAq2</u>		$r = -0.33; p = .031$	$r = -0.38; p = .024$	$r = -0.36; p = .007$
HAq_R1	$r = -0.14; p = .291$	$r = -0.25; p = .106$	$r = -0.37; p = .029$	$r = -0.31; p = .025$
<u>HAq_R2</u>		$r = -0.33; p = .032$	$r = -0.23; p = .175$	$r = -0.32; p = .020$
HAq_S1	$r = -0.31; p = .019$	$r = -0.40; p = .007$	$r = -0.49; p = .002$	$r = -0.46; p = .001$
<u>HAq_S2</u>		$r = -0.32; p = .036$	$r = -0.46; p = .005$	$r = -0.36; p = .008$

BSS: Beck Scale Ideation (Beck, & Steer, 1991)

HAq: Therapeutic Alliance Questionnaire (Alexander, & Luborsky, 1986); HAq1: first therapy session; HAq2: third therapy session

HAq_R: Therapeutic relationship scale; HAq_R1: first therapy session; HAq_R2: third therapy session

HAq_S: Therapeutic success scale; HAq_S1: first therapy session; HAq_S2: third therapy session

ANHANG A - 3

Artikel 3: The association between therapeutic alliance and individuals' wish to die or live.

The association between therapeutic alliance and individuals' wish to die or live

Mariann Ring¹, Sebastian Walther² & Anja C. Gysin-Maillart²

¹Privatklinik Clienia Schlössli, Oetwil am See, Switzerland,

²Translational Research Centre, University Hospital of Psychiatry, University of Bern,
Switzerland

Correspondence concerning this article should be addressed to:

Mariann Ring, Privatklinik Clienia Schlössli, Oetwil am See, Switzerland.

E-mail: mariann.ring@clienia.ch

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

ABSTRACT

Objective: The relationship between therapeutic alliance and the individuals' expressed internal struggle about living or dying is investigated in this study. Additionally, the suicidal internal struggle and its relation to suicidal ideation is explored over time.

Methods: Sixty suicide attempters from the ASSIP evaluation study were screened with the Helping Alliance Questionnaire and the Wish to Live and Wish to Die scales to assess therapeutic alliance and suicidal internal struggle at baseline, 6-, 12- and 24 months follow-up. Suicidal ideation was measured by the Beck Scale of Suicide Ideation.

Results: Higher internal struggle scores correlated with better therapeutic alliance, high satisfaction with therapeutic success and reduced suicidal ideation.

Conclusion: The quality of therapeutic alliance is critical to reduce suicidal ideation.

Keywords: internal struggle, therapeutic alliance, suicidal ideation, ASSIP

Running head: THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

INTRODUCTION

The prevalence of suicidal behaviour is a global public health problem. Over the past decades, research has made significant gains in better defining suicidal behaviour, and numerous new suicide risk assessment instruments, approaches and models have been developed. However, despite these substantial advances in research and treatment of suicidal people, suicidal behaviour rates overall remain alarmingly high.¹

Motives of suicidal behaviour are heterogeneous across affected individuals, as are suicidal thoughts.^{2,3} Reasons for living or dying have been investigated extensively in the prediction of suicidal ideation and suicidal.^{4,5} Evidence showed that individuals with few reasons for living are at higher risk of suicidal ideation and attempting suicide.^{6,7} Kovacs and Beck⁸ explored the diversity in the suicidal mind and developed the “Internal Struggle Hypothesis” (ISH) that suggests that suicidal individuals do not hold a single unidirectional motivation but rather hold simultaneously both a wish to die and to live. They introduced the Wish-to-Die (WTD) and Wish-to-Live (WTL) self-report scales in order to analyse their hypothesis. Their study reported half of the patients to be embroiled in an internal debate; being ambivalent over whether to live or die. Moreover, patients who expressed both a wish to live and a wish to die showed lower intended lethality scores than patients who expressed solely a greater wish to die. The findings demonstrated to be useful for the treatment of suicidal patients. To better understand the patient’s wishes for dying might be used to correct and broaden the often constrained thinking of the suicidal individual. Alternativley, with ambivalent patients the therapist might put the focus on the patient’s reasons for living and reinforcing them, and with patient’s who did not want to die at all, the focus might be on safe and new coping strategies. Brown, Steer, Henriques and Beck⁹ expanded on the Internal Struggle Hypothesis and introduced the wish to die and wish to live difference score - the

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

Internal Struggle (IS) score in order to find out whether a greater wish to die than wish to live constitutes as a unique risk factor for suicide. Analysis in their 10-year follow-up study with psychiatric outpatients showed that the Internal Struggle score rating is a distinct suicide risk factor. Furthermore, Harris, McLean, Sheffield and Jobes¹⁰ found strong support for the internal struggle hypothesis in their study. They asked both suicidal and nonsuicidal participants up front if they had ever engaged in an internal suicide debate. The vast majority indicated that they were at least once engaged in an internal life-death debate. In the sample of highly suicidal persons 94.5% confirmed to have such internal debates. O'Connor et al¹¹ merged in their research the wish to die and wish to live ratings as done by Brown et al⁹, however, they included a third category, ambivalent about living or dying (AMB). They validated these three distinct groupings – wish to live (WTL), ambivalent about living or dying (AMB), and wish to die (WTD) in their analyses among high risk patient during psychiatric hospitalization. Analysis showed the importance of meaningful typologies related to suicidal ambivalence as they showed to be useful in identifying patient's needs for clinical treatments and interventions.¹²

People struggling with suicidal thoughts and behaviours often do not receive treatment. The main reasons are low perceived need and the wish to try solving the problems on their own.¹³ Metaanalysis demonstrated that psychosocial and behavioural interventions focussing directly on suicidal thoughts and behaviour are more effective in preventing suicide and suicide attempts than interventions addressing the reduction of symptoms related to suicide behaviour (e.g. hopelessness, depression, anxiety).^{14,15}

The Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP), proven to be efficacious in reducing suicidal behaviour,¹⁶ and is to date one of the few psychotherapeutic treatments that addresses patients' suicidal thoughts and behavior directly. They were able to show in

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

patients treated with the ASSIP that better therapeutic alliance correlated with lower suicidal ideation at 12-months follow-up.¹⁷ Moreover, the collaboration between the patient and therapist, particularly shared agreement on therapy goals, is important for the patient-rated satisfaction with the therapeutic relationship, the therapeutic success and the reduction of suicidal ideation over time.¹⁸

Aims of the study

The present study attempts to explore the relationship between therapeutic alliance, and its two subscales: patients' satisfaction with therapeutic relationship and therapeutic success with patients' internal struggle over whether to die or live, following Brown et al⁹ and O'Conner et al¹¹ methodology with suicide attempters' enrolled in the ASSIP. In addition, the influence of patient's internal struggle on suicidal ideation is investigated over time. We expect that the better patients' quality of the therapeutic alliance and satisfaction with therapeutic relationship and therapy success is rated, the higher the internal struggle and thus the desire to live will be. Furthermore, we expect that the higher the individual internal struggle is assessed, the lower suicidal ideation will be over time.

METHODS

Setting

This study examined an archival dataset derived from a sample of sixty adults and adolescent suicide attempters. They represent the treatment arm of a randomized controlled trial on the effectiveness of ASSIP in reducing suicidal behavior versus usual care conducted by Gysin-Maillart et al¹⁶ at the University Hospital of Psychiatry Bern, which took place between June 2009 and December 2012. Registration at ClinicalTrials.gov (NCT02505373) was done after completion of the study. (All relevant data files of the ASSIP evaluation

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

study¹⁹). The study sample was recruited from individuals who were admitted to the emergency unit of the Bern University Hospital following attempted suicide, who were seen by psychiatrists at the University Hospital of Psychiatry Bern. Psychiatric hospital diagnoses were used based on the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders.²⁰ Individuals were excluded from the study when they had insufficient mastery of the German language, severe cognitive impairment, current psychotic disorder, antisocial personality disorder, and had their residence outside the hospital catchment area. When they fulfilled the inclusion criteria, written informed consent and agreement for video-recording the narrative interview was obtained, and they were randomly allocated to the Control Group (clinical assessment and treatment as usual; $N=60$) or the treatment as usual plus ASSIP group ($N=60$, analyzed in this report). The present study will use data from the participants collected at the baseline session and at 6, 12, and 24 months follow-up. Further details have been published elsewhere.¹⁶

Participants

All participants included in the study had attempted suicide. The sixty participants in the ASSIP group, 24 (40%) were male (mean age 39.42, $SD = 15.25$), and 36 (60%) female (mean age 34.58, $SD = 13.42$); 55% of the individuals were diagnosed with major depression, 13% fulfilled the criteria for personality disorders, 28% for acute stress reaction, and 3% for substance abuse. Prior suicide attempts were reported by 26 (43%) participants, of whom 10 were multiple repeaters. For further details on the demographic and clinical characteristics of the participants refer to.¹⁶

Measures

The participants in this study completed a set of questionnaires after the baseline session and at 6-, 12- and 24 months. The Helping Alliance Questionnaire²¹ measured

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

therapeutic alliance ratings after the first - data used in this study - and the third session of the brief therapy ASSIP.

Helping Alliance Questionnaire – HAq-II^{21,22}

This is an 11-item self-rating questionnaire with 6-point Likert scales that range from 1= very inapplicable to 6= very applicable. It measures the strength of the patient-therapist therapeutic alliance and has a good internal consistency ($\alpha=.887$).²¹ In the present study the German version by Bassler et al²² was used and their division of the therapeutic alliance (HAq) into two subscales: (1) “satisfaction with therapeutic relationship” (HAq_R) and (2) “satisfaction with therapeutic success” (HAq_S). The HAq_R scale rates the patient’s experience of the relationship with the therapist – question: 1, 6, 7, 8, 9, 10 ($\alpha=.887$) and the HAq_S scale measures the working alliance with the therapist based on the feeling of working together in a joint effort to the agreed therapy goals – question: 2, 3, 4, 5, 11 ($\alpha=.840$). Scale scores representing lower scores meaning less satisfaction with therapeutic relationship/therapy success and higher scores represent more satisfaction with therapeutic relationship/therapy success. Data used in the present study were collected at baseline session (t1).

Suicide Status Form-II - SSF-II²³

The SSF-II is a measure of suicidal ideation comprised of both quantitative and qualitative responses and is the primary assessment, treatment planning, and tracking tool used in the “Collaborative Assessment and Management of Suicidality” (CAMS) which was developed by Jobes.²³ The SSF-II has been psychometrically studied and found to be a valid (Cronbach ranging from .78 to .98) and reliable clinical assessment measure for suicide risk in previous studies.^{24,25} For our study purposes, we utilized both 8-point Likert scale responses of the participants’ respective wish to live and their wish to die.

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

Wish to Live and Wish to Die scales - Internal struggle (IS) between wish to die and wish to live

The SSF-II asks patients to answer the question: “I wish to live to the following extent” (WTL-score) and “I wish to die to the following extent” (WTD-score) using a range of scores from 1= not at all to 8= very much. Both scales correspond with those originally employed by Kovacs and Beck⁸ in their internal struggle hypothesis. Brown et al⁹ expanded the methodology by subtracting the Wish to Die scale score (WTD-score) from the Wish to Live scale score (WTL-score) for each patient, representing the Internal Struggle (IS) score of each individual: lower scores meaning = more wish to die (weaker internal struggle) and higher scores meaning = more wish to live (stronger internal struggle). In addition, following O’Connor et al¹¹ the IS score (ranging from -7 to +7 in SSF-II) were trichotomized into the internal struggle groups: -7 to -3 wish to die (WTD-group), -2 to +2 ambivalent about dying or living (AMB-group) and +3 to +7 wish to live (WTL-group).

Beck Scale of Suicide Ideation - BSS²⁶

The BSS is a 21-items, self-report instrument used to measure the intensity of the patient’s attitudes, behaviors and plans related to suicidal behavior during the past week, including the current day. All items consist of three response options, ranging from 0 to 2. Five screening items reduce the length and the intrusiveness of the questionnaire for patients who are non-suicidal. Item 20 (prior suicide attempts) and 21 (severity of the suicide attempt) are not included in the score. The sum scores range from 0 to 38 points. The BSS is a well-standardized and widely used instrument among both researchers and clinicians and has demonstrated good criterion and convergent validity in previous research.²⁷ In the current study the German version of the BSS is used.²⁸

Statistical analysis

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

In the present study we tested normality distribution with the Shapiro-Wilk test. The non-parametric method, the Spearman's rho test was used whenever appropriate. Bivariate correlations were performed to analyse the associations between the HAq-scale (HAq_R and HAq_S) at initial ASSIP session (t_1) with the internal struggle (IS) at 6-, 12- and 24 months, which was calculated according the methodology described above. In addition, bivariate correlations were applied to test the association of internal struggle and the outcome measure suicidal ideation at baseline and across follow-up. Repeated measures ANOVA's tested for interactions, between groups and follow-up time-points. The Mauchly's test was applied and showed that the assumption of sphericity had been violated $\chi^2(5) = 21.489, p = .001$, therefore degrees of freedom were corrected using Greenhouse-Geisser estimates of sphericity ($\epsilon = .553$). All tests were two-tailed and a probability of false rejections <0.05 was considered statistically significant, applying a Bonferroni correction of multiple comparisons ($\alpha = 0.05/n_{\text{(tests)}}$). Statistical analyses were carried out using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS Statistics version 22).

RESULTS

The dropout rate for the sixty adults and adolescent suicide attempters was 5% ($N = 3$) at 12 months, and 7% ($N = 4$) at 24 months, respectively. Reasons for withdrawal from the study was, e.g., refusal to continue the program due to change of ASSIP therapist during follow-up, and one recorded death by suicide occurring in an acute psychotic state. The number of missed assessments was 0% (baseline), 33% (6 month), 42% (12 month) and 12% (24 month). At baseline session (t_1) 60 study participants reported an internal struggle (IS) score (mean score 2.65, SD = .58). Subanalysis of the three subgroups (WTL, AMB, WTD) showed a frequency distribution of 42 (70%) within the WTL group, 15 (25%) in the AMB

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

group, and 3 (5%) within the WTD group. For the frequency distribution of the internal struggle ratings at 6-, 12-, and 24 months see Figure 1a. Over time the distribution of cases between the three groups changed ($\chi^2(4) = 21.67 = p .000$). At baseline, the majority of participants clearly wished to live, while ambivalence or wish to die was less common. Over the follow-up period the number of subjects in the WTL group declined at 6-, and 12 month, however, at 24 month the WTL again had. However, the proportion of subjects wishing to live steadily increased during follow-up. In comparison, both the AMB and WTD groups clearly remained smaller and declined over time see Figure 1b.

Association between Therapeutic Alliance, its components: Patients' satisfaction with Therapeutic Relationship/Therapeutic Success and Internal Struggle during follow-up

We correlated the baseline HAq and its subscales HAq_R and HAq_S with the internal struggle score (IS) at four different time points (see Table 1). At initial ASSIP session ($t1$) we found substantial and statistically highly significant associations between HAq and the IS ($r = 0.56, p = .001$), the HAq_R ($r = 0.39; p = .002$) and the HAq_S ($r = 0.54; p = .001$). These results indicate that the better the therapeutic alliance, as well as patients' satisfaction with relationship and success were rated, the higher was the inner struggle (IS) score, indicating the wish to live rated by the participants. In turn, participants with the wish to die rated the quality of the therapeutic alliance to be lower. At 6 months ($t2$), HAq showed a low but significant relation with the IS ($r = 0.39, p = .013$), and significantly strong relations at 12 months ($t3$) ($r = 0.60, p = .001$) and at 24 months ($t5$) ($r = 0.37, p = .007$) follow-up. These show a good positive association between therapeutic alliance with the internal struggle ratings at 6 month, and strong associations at 12-, and 24 months. The IS, however, showed no relation with HAq_R at 6- and 24-month follow-up, and only at 12 month ($t3$) ($r = 0.42, p = .012$) a weak one. Over all HAq_S scores were significantly

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

associated with IS scores at 6 month 2 ($r = 0.42$, $p = .007$), at 12 month ($r = 0.61$, $p = .001$) and at 24 month ($r = 0.42$, $p = .002$). These findings indicate that a good therapeutic alliance and a high satisfaction with therapeutic success at baseline are strongly related with higher internal struggle (IS) scores at follow-up showing a higher wish to live score.

Relationship of Internal Struggle with Suicidal Ideation over time

When comparing patient-ratings of the internal struggle (IS) score at baseline ($t1$) with suicidal ideation at initial session ($t1$) (BSS $t1$), 6- (BSS $t2$), 12- (BSS $t3$), and 24 (BSS $t5$) months (Table 2), we found highly significant negative correlations between the internal struggle and suicidal ideation over all measuring points, at baseline ($t1$) ($r = -0.62$, $p = .001$), at 6- ($r = -0.54$, $p = .001$), and at 12 months ($r = -0.55$; $p = .001$), and at 24 months ($r = -0.38$; $p = .005$). This finding suggests a highly significant association between individuals' internal struggle and suicidal ideation over 24 months, in other words, higher internal struggle scores, meaning a higher wish to live, were strongly associated with lower scores in suicidal ideation ratings over time and lower internal struggle scores meaning a higher wish to die, were associated with more suicidal ideation in the course of time.

Repeated measures ANOVA found a significant reduction in suicidal ideation over time ($F_{1.659,24.888} = 1.057$, $p = .001$), but no group effect between suicidal ideation and internal struggle ($F_{13.274,24.888} = .175$, $p = .119$). Follow up comparisons indicated that there were pairwise significant differences between baseline and 12- and 24 months, $p < .05$, and between 6- and 24 months, $p = .002$.

DISCUSSION

The aim of the present study was to investigate the association between therapeutic alliance, its two components "satisfaction with therapeutic relationship/satisfaction with

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

therapy success” and the internal struggle between wish to die and wish to live. Further, we explored the relation between the individuals’ internal struggle and suicidal ideation over time. To address this question, the treatment arm of the ASSIP evaluation study¹⁶ was used.

Our findings demonstrate that the Wish to Live (WTL) group was holding by far most of the participants at initial session, whereas the ambivalent about dying or living (AMB) group and the Wish to Die (WTD) were smaller. This finding is not reflected in O’Connor et al. (2012a) study where the three groups were quite evenly distributed at baseline. This might not be a contradiction and can probably be explained due to the different study samples. In our study the participants were suicide attempters, who underwent a suicide-specific intervention, whilst O’Connor et al¹¹ study included individuals who expressed current suicidal ideation in the previous 48 hours. In suicidal crisis the focus on long-term life goals is lost²⁹ hence a temporarily increased wish to die emerges, whereas, after a suicide attempt the unbearable inner pain and tension decreases and life-oriented goals may soon reemerge.³⁰ In addition, by addressing the processes and patterns, involved in the development of the patient’s suicidal crisis, as done in ASSIP, life-oriented goals become again a greater focus.

The quality of the therapeutic alliance and superior patient satisfaction with therapeutic success at baseline showed to be strongly related with higher internal struggle (IS) scores showing a stronger wish to live across all four measuring points. Thus, subjects who are satisfied with the therapeutic relationship will be more likely to have stronger wish to live. A possible interpretation of these results suggests that during the course of ASSIP, participants learn in a secure alliance with the therapist to tell their own story how it came about to attempt suicide and due to the acquirement of tools and strategies for any future suicidal crisis they experience an improved sense of control and their expectation of empowerment are met^{31,18} thus participants are no longer passive in the sense of learned

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

helplessness response patterns as described by Seligman³² or experience suicide as the only option to escape mental pain, which appears to be unbearable.³³ In addition, this seems to be consistent with findings from research, which suggests that therapeutic alliance ratings in the third therapy session are a good predictor of adherence to treatment and outcome.^{34,35}

Although this study was using data only after the first ASSIP session, the patient-centered collaborative approach in ASSIP seems to sustain participants' stronger wish to live over time. Whether the wish to die at initial session could have been transformed into a more live-oriented wish through the brief therapy ASSIP would have to be subject to further analysis.

Contrary to previous literature on therapeutic relationship across different kind of psychiatric settings and treatments^{36,37,38,39} and on the important role of relationship in suicidal states,^{40,41,42,43} we found that greater patients' satisfaction with the therapeutic relationship was only significantly associated with higher internal struggle (IS) scores at initial session, and weakly one at 12 months. These findings suggest that the therapist acting in his professional role is associated with the patients' satisfaction with the therapeutic relationship only at initial session serving for better engagement and adherence in therapy. However, over time the focus of importance seems to be remaining more on change of symptoms, behavior and satisfaction with therapy success.

Remarkably, participants' who showed high internal struggle (IS) scores correlated significantly high with lower suicidal ideation (BSS) at all four measuring points. Indicating that the higher the internal struggle meaning a stronger wish to live was rated, the lower suicidal ideation appeared. Our findings are supported by prior research in which highly suicidal individuals were engaging more often and more severely in an internal suicidal debate, hence a struggle than non-suicidal- or less suicidal persons¹⁰ and was also shown in Kovacs & Beck⁸ study that when the subjectively perceived wish to die is much

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

greater than the wish to live severity of suicidal intent becomes stronger. High internal struggle scores seem to promote a wish to continue living and a reduced suicidal ideation. These correspond with our results, which showed that high internal struggle scores were related to lower rates in suicidal ideation not only at initial session, but also over time. This might be due to normal reduction of suicidal ideation over time

There are several limitations to note in this study. A well known problem with treatment studies with long-term follow-up is missing data due to low response rates. In the present study the return of the questionnaires was at certain time-points (e.g. 12 month ($t3$), $N=35$) limited, and therefore reducing the study power of the quantitative approach and the gain of information of the longitudinal investigation. However, it was nevertheless possible to conduct the targeted explorations and that our response rates were in accordance to others known in research.⁴⁴ The participants analysed were weighted towards high internal struggle scores (stronger wish to live), whereas the patients with lower internal struggle (more wish to die) might have refused more often to take part in the present study. The relatively small ($N=60$) sample size and the unevenly distribution of participants across the three groupings limited the statistical power, which is particularly problematic for the repeated measures ANOVA on suicidal ideation over time. Further limitations of the ASSIP study have been published elsewhere.^{16,18}

In summary, results from individuals after attempting suicide who participated in the ASSIP - a manual-based brief therapy - indicated that a good therapeutic alliance and in particular a high satisfaction with therapeutic success at baseline are strongly related with higher internal struggle (IS) scores showing a stronger wish to live. In addition, the individuals' internal struggle is significantly associated with lower rates of suicidal ideation

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

over time. This study indicates, that individuals with low internal struggle, showing a strong wish to die, need special attention, in order to prevent the risk of suicidal crises in the future.

Significant outcomes

- Good therapeutic alliance and high satisfaction with therapy success are associated with a stronger wish to live in participants in the Attempted Suicide Short Intervention Program - ASSIP.
- Individuals' internal struggle was related to lower rates of suicidal ideation over time.
- Individuals with lower internal struggle (more wish to die) require much more attention to prevent the risk of suicidal crises.

Limitations

- Loss of information in our longitudinal investigation was due to low response rates at some follow-up time-points.
- Individuals who still have the wish to die after attempting suicide are the minority in our sample, indicating that these subjects are less likely to enter suicide prevention programs.

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

REFERENCES

1. World Health Organisation WHO. Suicide data 2017.
http://www.who.int/metal_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
2. Jobes DA, Nelson KN, Peterson EM, Penttinen D, Downing V, Francini K, Kiernan A.
Describing suicidality: An investigation of qualitative SSF responses. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(2):99-112.
3. Large M, Myles N, Myles H, Corderoy A, Wieser M, Davidson M, Ryan CJ. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychol Med*. 2018;48(7):1119-1127.
4. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(2):276-286.
5. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1084-1088.
6. Galfalvy H, Oquendo MA, Carballo JJ, Sher L, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ.
Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disord*. 2006;8:586-595.
7. Zhang Y, Law CK, Yip PSF. Psychological factors associated with the incidence and persistence of suicidal ideation. *J Affect Disord*. 2011;133:584-590.
8. Kovacs M, Beck AT. The wish to die and the wish to live in attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology*. 1977;33(2):361-365.

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

9. Brown GK, Steer RA, Henriques GR, Beck AT. The internal struggle between the wish to die and the wish to live: A risk factor for suicide. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(10):1977-1979.
10. Harris KM, McLean JP, Sheffield J, Jobes D. The internal suicide debate hypothesis: Exploring the life versus death struggle. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2010;40(2):181-192.
11. O'Connor SS, Jobes DA, Yeargin MK, FitzGerald ME, Rodríguez VM, Conrad AK, Lineberry TW. A cross-sectional investigation of the suicidal spectrum: typologies of suicidality based on ambivalence about living and dying. *Comprehensive Psychiatry*. 2012a;53:461-467.
12. O'Conner SS, Jobes DA, Comtois KA, Atkins DC, Janis K, Chesson CE, Landes SE. Identifying Outpatients with entrenched suicidal ideation following hospitalization. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012b;42(2):173-184.
13. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwan I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC., ...Nock MK. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry*. 2011;199:64-70.
14. Brodsky BS, Spruch-Feiner A, Stanley B. The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Front Psychiatry*. 2018;10-45.
15. Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct and indirect psychosocial and behavioral interventions to prevent suicide and suicide attempt: a systematic review and metaanalysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:544-554.
16. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A novel brief therapy for patients who attempt suicide: a 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS Med*. 2016;13:e1001968.

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

17. World Health Organisation WHO. ICD-10 2014.
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
18. Gysin-Maillart AC, Soravia LM, Gemperli A, Michel K. Suicide ideation is related to therapeutic alliance in a brief therapy for attempted suicide. *Arch. Suicide Res.* 2016;21:113-126.
19. Ring M, Gysin-Maillart A. Patients' satisfaction with the therapeutic relationship and the therapeutic success are related to suicide ideation in the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *Crisis*. 2018; under review.
20. Data File - ASSIP evaluation study. Dryad Digital Repository. 2016; Available:
<http://dx.doi.org/10.5061/dryad.85nf3>.
21. Alexander LB, Luborsky L. The Penn Helping Alliance Scales. In: Greenberg LS, Pinsoff WF ed. *In the psychotherapeutic process: A research handbook*. New York, NY: Guilford Press; 1986:325-366.
22. Bassler M, Potratz B, Krauthauser H. Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*. 1995;40(1):23-32.
23. Jobes DA. *Managing suicidal risk: a collaborative approach*. New York: Guilford Press; 2006.
24. Conrad AK, Jacoby AM, Jobes DA, Lineberry TW, Shea CE, Ewing T, Kung SA. Psychometric investigation of the Suicide Status Form II with a psychiatric inpatient sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009;39:307-320.
25. Jobes DA, Jacoby AM, Cimbalic P, Hustead LAT. Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*. 1997;44:369-377.

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

26. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation. San Antonio: Psychological Corporation; 1991.
27. Beck AT, Brown GK, Steer RA. Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy*. 1997;35(11):1039-1046.
28. Wagner B, Maercker A. Deutsche Übersetzung der „Beck Scale for Suicidal Ideation. Universität Zürich, Psychopathologie und klinische Intervention: Unveröffentlichtes Manuskript; 2008.
29. Rudd MD, Joiner T, Rajab MH. Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach. *Treatment manuals for practitioners*. New York: Guilford; 2001.
30. Michel K, Valach L. Suicide as goal-directed action. *Archives of Suicide Research*. 1997;3(3):213-221.
31. Constantino MJ, Arnow BA, Blasey C, Agras WS. The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73(2):203-211.
32. Seligman M. Helplessness: on depression, development and death. San Francisco: Freeman; 1975.
33. Shneidman EA. Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior. Northvale: Aronson; 1993.
34. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J. Couns. Psychol.* 1991;38:139-149.

THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

35. Saltzman C, Luetgert MJ, Roth CH, Creaser J, Howard L. Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *J Consult Clin Psychol.* 1976;44(4):546-55.
36. Castonguay LG, Beutler LE. Principles of therapeutic change that work. New York: Oxford University Press; 2006.
37. Martin DJ, Garsle JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68:43-450.
38. McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: A review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry.* 2004;50:115-128.
39. Priebe S, Richardson M, Cooney M, Adediji O, McCabe R. Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychother Psychosom.* 2011;80:70-77.
40. Etzersdorfer E. Der therapeutische Umgang mit Suizidalität: Was kann die Psychoanalyse beitragen. *Psychotherapie im Dialog - Suizid.* 2012;2:31-33.
41. Jobes DA. The challenge and the promise of clinical suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 1995;25:437-449.
42. Jobes DA. Collaborating to prevent suicide: a clinical-research perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2000;30:8-17.
43. Joiner T, Pettit JW, Walker RL, Voelz ZR, Cruz J, Rudd MD, Lester D. Perceived burdensomeness and suicidality: two studies on the suicide notes of those attempting and those completing suicide. *Journal of Social & Clinical Psychology.* 2002;21:531-545.
44. Yang B, Lester D. Recalculating the economic cost of suicide. *Death Stud.* 2006;31:351-361.

Running head: THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

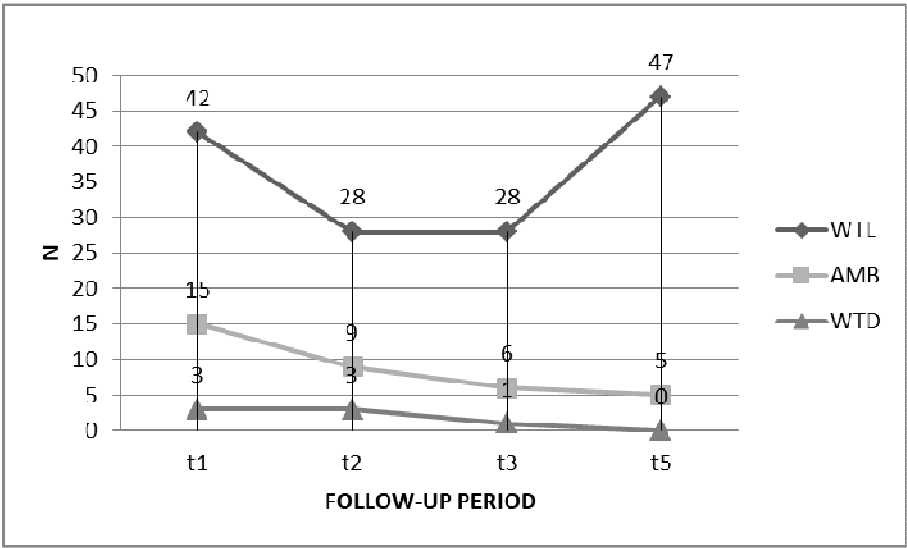


Figure 1a. Frequency Distribution (*N*) of Internal Struggle to Die or Live Subgroups at Initial Session, *t*2 (6 months), *t*3 (12 months), and *t*5 (24 months); WTL (Wish to Live), AMB (Ambivalent about Living or Dying), WTD (Wish to Die); *N*: *t*1=60; *t*2= 40; *t*3= 35; *t*5= 52.

Running head: THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

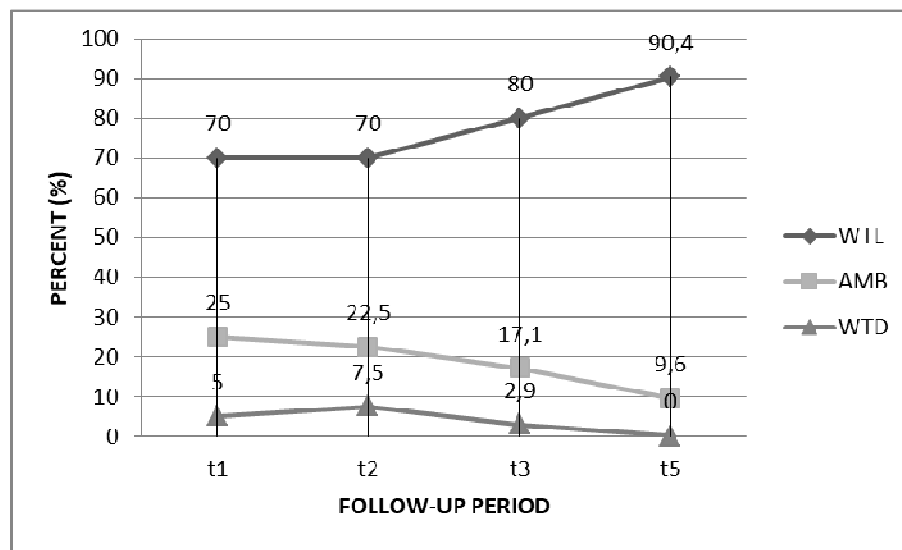


Figure 1b. Frequency Distribution (%) of Internal Struggle to Die or Live Subgroups at Initial Session, *t*2 (6 months), *t*3 (12 months), and *t*5 (24 months); WTL (Wish to Live), AMB (Ambivalent about Living or Dying), WTD (Wish to Die); *N*: *t*1=60; *t*2= 40; *t*3= 35; *t*5= 52.

Running head: THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

Table 1

Bivariate Correlations between Therapeutic Alliance (HAq), its two subgroups: Patients’ Satisfaction with the Therapeutic Relationship (HAq_R)/ Patients’ Satisfaction with the Therapeutic Success (HAq_S) after the first Session and the Internal Struggle (IS) Score to Die or Live, at Initial Session (t1), at 6 (t2), at 12 (t3) and 24 (t5) months.

	<u>ISscore t1</u>	<u>ISscore t2</u>	<u>ISscore t3</u>	<u>ISscore t5</u>
HAq	$r= 0.56; p= .001^*$	$r= 0.39; p= .013$	$r= 0.60; p= .001^*$	$r= 0.37; p= .007$
HAq_R	$r= 0.39; p= .002^*$	$r= 0.22; p= .179$	$r= 0.42; p= .012$	$r= 0.24; p= .086$
HAq_S	$r= 0.54; p= .001^*$	$r= 0.42; p= .007$	$r= 0.61; p= .001^*$	$r= 0.42; p= .002^*$

* = significant with Bonferroni adjustment

Abbreviations: HAq, Therapeutic Alliance Questionnaire (Alexander, & Luborsky, 1986), after the first session, 1= very inapplicable to 6= very applicable; HAq_R: Therapeutic relationship scale, after the first session; HAq_S: Therapeutic success scale, after the first session; IS score: Internal struggle to die or live, part of the Suicide Status Form-II - SSF-II (Jobes, 2006), high scores = Wish to live, low scores = Wish to die; N= t1=60; t2= 40; t3= 35; t5= 52

Running head: THERAPEUTIC ALLIANCE AND INTERNAL STRUGGLE

Table 2

Bivariate Correlations between the Internal Struggle (IS) Score to Die or Live, at Initial Session (t1), after the first Session and Suicidal Ideation at initial Session (t1), at 6 (t2), at 12 (t3) and 24 (t5) months.

	BSS <i>t1</i>	BSS <i>t2</i>	BSS <i>t3</i>	BSS <i>t5</i>
ISscore	$r = -0.62; p = .001^*$	$r = -0.54; p = .001^*$	$r = -0.55; p = .001^*$	$r = -0.38; p = .005$

* = significant with Bonferroni adjustment

ISscore: Internal struggle score to die or live, part of the Suicide Status Form-II - SSF-II (Jobes, 2006), high scores = Wish to live, low scores = Wish to die; BSS: Beck Scale Ideation (Beck, & Steer, 1991), 0 point= not suicidal to 38 points= highly suicidal; $N = t1=59; t2= 44; t3= 36; t5= 54$

11. CURRICULUM VITAE

Mariann Ring

- 2018 Leitung und Therapeutin ASSIP, Clenia Schlössli, Oetwil am See
- 2017 - heute Lehrtätigkeit BSc Studiengang Psychologie - Vertiefung klinisch-psychologischer Themen II, "Störungsbilder: Krisen- und Akutsituationen / Suizidalität", Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften - ZHAW, Zürich
- 2016 Mitarbeit im Schwerpunktprogramm "Suizidprävention des Kanton Zürich" - Mitarbeit und beratende Tätigkeit in verschiedenen Projekten, z.B. Suizidprävention nach Psychriaufenthalt, Referentin an Fortbildungen für Hausärzte, Spitex, Human Resources, etc.
- 2015 Praxiszulassung im Kanton Zürich
- 2012 Lehrgang: Teamleitung in Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich
Führungsverständnis und Selbstmanagement, Zielorientierte Personalführung, Teamentwicklung und Zusammenarbeit, Careum, Aarau
- 2009 - heute Stationsleitung, Privatstation für Stressfolge-Erkrankungen und Psychosomatik, Clenia Schlössli, Oetwil am See
- 2009 - 2015 Psychotherapieausbildung - Klinische Gestalttherapie: Institut für integrative Gestalttherapie, Würzburg
Abschluss: Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin
- 2007 Mitarbeit am Expertenbericht des Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich zum Postulat KR.-NR. 20/2008 zuhanden des Regierungsrates des Kantons Zürich - Suizidprävention im Kanton Zürich
- 2006 - 2014 Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Behandlungsevaluation und Suizidforschung, Integrierte Psychiatrie Winterthur, Winterthur
- 2006 - 2009 Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie, Zürich. Mitarbeit an der Zürich-Studie und Suizidforschung. Mitarbeit in verschiedenen Projekten, z.B. Suizidprävention für Witwen und Witwerinnen, Zürich Studie
- 2006 - 2007 Leitung und Umsetzung: Suizidpräventionsprojekt

Modul "Suizidalität" auf der multithematischen Internetseite für Jugendliche
www.feelok.ch

- 2006 FSP Assistenzprojekt, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich,
Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie, Zürich.
Mitarbeit an der Zürich-Studie und Suizidforschung
- 2001 - 2004 MSc in Psychological Research Methods, Open University, Milton Keynes, UK
- 1996 - 2000 BSc in Psychology, Open University, Milton Keynes, UK